FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N° 150

Contribution à l'Étude des Métastases Ganglionnaires Superficielles cliniquement Primitives

(A propos de 107 Observations)

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

le 18 Décembre 1962

PAR

Noël AYRAUD

Né le 24 Décembre 1934, à Nice

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine Tropicale

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. les Professeurs LAVAL	*Président*
	PAYAN PAOLI BOURRET	*Assesseurs*

Imprimerie M. LECONTE
98, Cours Lieutaud, 98
MARSEILLE
— 1962 —

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MÉTASTASES GANGLIONNAIRES SUPERFICIELLES CLINIQUEMENT PRIMITIVES

(A PROPOS DE 107 OBSERVATIONS)

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N°

Contribution à l'Étude des Métastases Ganglionnaires Superficielles cliniquement Primitives

(A propos de 107 Observations)

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

le 18 Décembre 1962

PAR

Noël AYRAUD

Né le 24 Décembre 1934, à Nice

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine Tropicale

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse : MM. les Professeurs LAVAL — *Président*

PAYAN
PAOLI
BOURRET — *Assesseurs*

Imprimerie M. LECONTE
98, Cours Lieutaud, 98
MARSEILLE
— 1962 —

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN. *Assesseurs :* J. DELPHAUT et J. LAMY.
Secrétaire principal : P. MOUCHET *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN
Secrétaire principal honoraire : J. COMTE.
Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BREMOND, JOYEUX, MOIROUD, MONGES, ROCHE, CHAUVIN, MATTEI, DE VERNEJOUL.

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Biochimie médicale	LISSITSKY
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	LENA
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique de Chirurgie thoracique	DOR
Clinique d'Endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies infectieuses	RAYBAUD
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique de Neurologie et Psychiatrie	CREMIEUX
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique pneumo-phtisiologique	CHARPIN
Clinique de Stomatologie	MARONNEAUD
Clinique urologique	DUCASSOU
Histologie et Embryologie	PICARD
Histologie et Embryologie	STAHL
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	LENA
Pathologie interne	MONGES H.
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physiopathologie des voies respiratoires	LAVAL

Physique ..... DUBOULOZ
***Physique** médicale* ..... ROUX
Thérapeutique ..... PIERI

Professeur à titre personnel

M. GREBUS

Professeurs sans chaire

MM. MERCIER J.
BERNARD P.
DESANTI
DESPIEDS
PASTOR
PAYAN
TAMALET

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. GAMBARELLI
CORRIOL
CRISTAU
GEVAUDAN
ARDISSON
BARET
COURBIER
GHIGLIONE
MURATORE
RICHELME
VITRY
ZWIRN

Agrégés en exercice

MM. SERMENT
CHAUVIN
DEVIN
MOUREN
ORSINI
BERARD
BONNAL
COMITI
DALMAS
FARNARIER
GERARD
LEGRE
REBOUD
SARLES
SIMONIN
TEMIME
TRIFAUD
BOUDOURESQUE
BREMOND
CARCASSONNE M.
CARCASSONNE Y.
CASANOVA
COIGNET
GASCARD
JEAN
JULIEN
LACHARD
MICHOTEY
MONGIN

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Agrégés libres

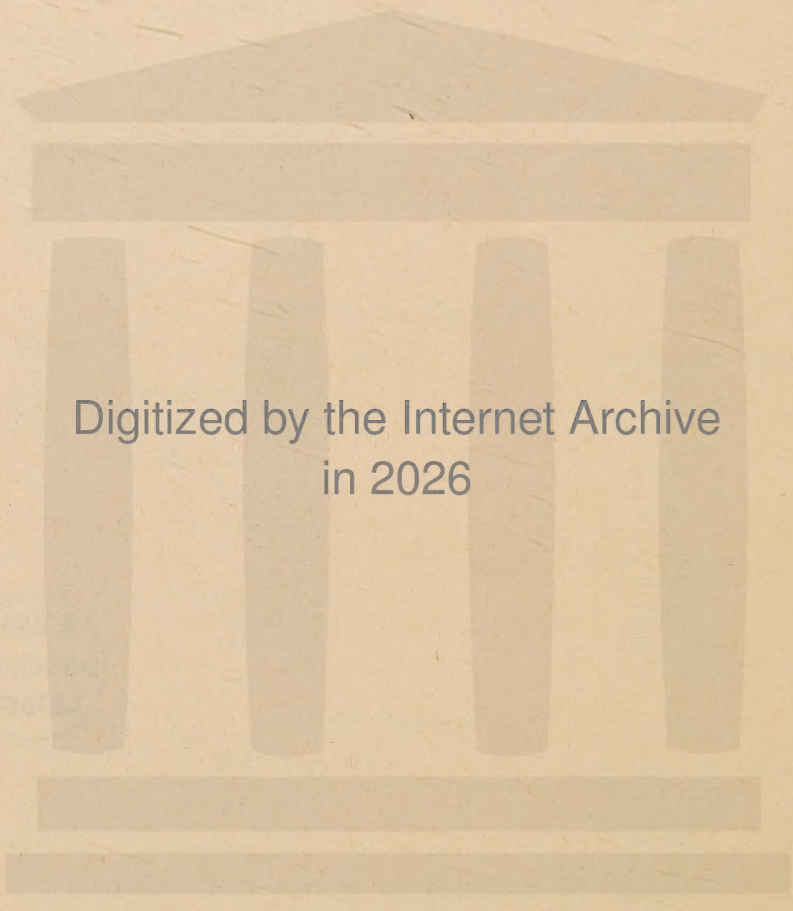
MM. BERTHIER
BOURRET
FIGARELLA
IMBERT
OLLIVIER
OURGAUD
BERNARD R.
PAOLI

Chargé des fonctions de Maître de Conférences

M. TARANGER J.

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique des Maladies nerveuses ..... M. BOUDOURESQUES
Clinique de Stomatologie ..... M. LACHARD
Médecine légale ..... M. GRAS


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547003_0067

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES SŒUR ET FRERE

A TOUS, PARENTS ET AMIS,
QUI ME SONT CHERS

A Monsieur le Professeur P. LAVAL

Professeur de Physio-Pathologie des Voies Respiratoires

Nous le remercions de nous avoir fait l'honneur de présider cette Thèse.

Il nous a toujours reçu avec amabilité.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueux hommage.

A Monsieur le Professeur H. PAYAN

Nous avons été très touché de l'accueil qu'il nous a réservé lorsque nous sommes venu lui demander conseil.

Qu'il veuille bien nous permettre de le remercier de l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être membre de ce Jury.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. PAOLI
Directeur du Centre Régional de Lutte contre le Cancer

Nous lui sommes reconnaissant de l'accueil qu'il nous a réservé dans son service et des conseils qu'il nous a donnés.

Il nous fait l'honneur de siéger à notre Jury de Thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. BOURRET

Notre séjour à l'Antenne de Réanimation de Salon-de-Provence restera un de nos meilleurs souvenirs hospitaliers par l'enseignement éclairé qu'il nous a prodigué et la bienveillance qu'il nous a témoignée.

La confiance dont il a fait preuve à notre égard nous autorise à dire toute la satisfaction que nous éprouvons à le voir siéger dans notre Jury de Thèse.

Au Docteur J.-M. SPITALIER

Nous n'oublierons pas les marques de sollicitude qu'il nous a maintes fois prodiguées et l'apport de ses conseils et de son expérience. Qu'il nous permette, en même temps que notre admiration, de l'assurer de notre gratitude et de notre affectueux respect.

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
ET MILITAIRES

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE LYON ET DE MARSEILLE

AUX ELEVES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

INTRODUCTION

Il est un problème quotidien en cancérologie : celui des métastases ganglionnaires révélatrices.

Certaines localisations amènent à soupçonner un cancer primitif régional : une adénopathie cervicale évoque un carcinome de la sphère O.R.L., qui peut être difficile à déceler ; de même une métastase ganglionnaire axillaire est parfois la première manifestation d'un carcinome mammaire occulte ; enfin un cancer anal ou un nœvo-carcinome des espaces interdigitaux, dont on connaît l'extrême discrétion clinique, peuvent se révéler par une adénopathie inguinale.

Certains gîtes ganglionnaires sont, d'autre part, accessibles à des tumeurs malignes éloignées dans l'organisme. Une adénopathie sus-claviculaire gauche peut être le signe d'alarme d'un cancer gastrique, prostatique ou testiculaire. Certains cancers sont capables d'essaimer loin de leur point de départ tout en gardant une taille minime.

Ces quelques notions orientent souvent les examens à la recherche de la tumeur primitive qui, au niveau du rein par exemple, peut rester longtemps latente, si bien que la tumeur mère ne sera reconnue que tardivement après la métastase, voire jamais, faisant alors de celle-ci une adénopathie « orpheline ».

Nous avons donc volontairement conservé ces deux termes opposés : « métastase ganglionnaire » et « cliniquement primitive » pour bien marquer cette circonstance particulière. En effet, le terme de métastase prévalente ou précessive englobe toutes ces variétés.

Nous nous sommes donc limité à l'étude des adénopathies métastatiques dont le point de départ demeure inconnu malgré nos investigations lors de la première hospitalisation. Ce qui veut dire que nous sommes conduits à les traiter tout en ignorant leur origine.

Cette définition exige les deux critères anatomo-pathologiques suivants :

1° Il s'agit bien d'un ganglion lymphatique.

2° Ce ganglion lymphatique est le siège d'une néoplasie maligne non autochtone, un épithélioma le plus souvent, exceptionnellement un sarcome non lymphoïde.

Ceci élimine du cadre de notre étude les « tumeurs ou pseudo-tumeurs ganglionnaires apparemment primitives » qui peuvent correspondre après leur contrôle histologique à des affections aussi variées que : tuberculose ganglionnaire, Hodgkin, tumeur lymphoïde, etc.

Bien entendu cette définition comporte un critère clinique et paraclinique négatif : l'absence de toute tumeur maligne primitive décelable, présente ou passée, susceptible d'avoir provoqué cette métastase ganglionnaire. Plus tard, après le traitement chirurgical ou radiothérapique de cette adénopathie secondaire, la tumeur primitive peut se révéler.

Nous voulons ainsi éliminer les adénopathies secondaires, premier symptôme, dont la tumeur initiale est découverte avant le traitement de la métastase ganglionnaire.

Le Code International des Causes de Maladies et Décès, version de l'Institut National d'Hygiène, Section Cancer, attribue à cette circonstance le numéro conventionnel de 198 :

— 198 A : pour les métastases ganglionnaires de la tête et du cou.

— 198 D : pour les métastases ganglionnaires axillaires.

— 198 E : pour les métastases ganglionnaires inguinales.

Notre étude se limitera à ces métastases superficielles en raison de leur double intérêt : fréquence et accessibilité thérapeutique. En effet, les métastases ganglionnaires profondes cliniquement primitives, au sens où nous l'entendons, sont assez rares, car leur émergence clinique est le fait d'un langage indirect (vasculaire, nerveux, viscéral, etc.), donc en général assez tardif. La tumeur initiale, si profonde et si petite soit-elle, a souvent le temps de se manifester.

Par ailleurs, les métastases ganglionnaires superficielles se manifestent plus rapidement; perception d'une « glande » par le patient ou le médecin sont d'une attaque thérapeutique plus directe et plus efficace.

Ceci posé, nous n'ignorons pas qu'il existe un certain nombre de métastases ganglionnaires profondes cliniquement primitives, thoraciques ou abdominales, mais leur approche diagnostique et thérapeutique est différente.

La place des métastases ganglionnaires superficielles cliniquement primitives en cancérologie est difficile à apprécier.

Catania n'en recueille que 0,5 % sur 17.000 consultants.

Mayo et Lee : 1 % sur 609 métastases ganglionnaires biopsiées.

En ce qui concerne la cancérologie cervico-faciale, Martin et Morfit avancent le chiffre de 6 % sur 500 métastases gan-

glionnaires cervicales. Comess, Beahrs et Dockerty, 9 % sur 1.189 malades porteurs d'adénopathies cervicales métastasiques.

En ce qui nous concerne et en suivant scrupuleusement les critères que nous avons énoncés plus haut, la fréquence des métastases ganglionnaires cervicales cliniquement primitives nous paraît de l'ordre de 2 % de l'ensemble des adénopathies secondaires du cou. Cependant ces observations, même en étant très rigoureux en ce qui concerne leur identification, donnent l'impression d'augmenter de fréquence au cours de ces dernières années. Et cela, malgré les efforts diagnostiques déployés (tant dans la sphère O.R.L. que thoracique et gynécologique) pour déceler la tumeur initiale, efforts qui sont parfois couronnés de succès, ce qui diminue d'autant notre contingent de « 198 ».

Cette relative rareté ne diminue pas l'intérêt pratique de cette étude. Il faut bien faire face à cette circonstance et, nous le verrons, ne pas hésiter à engager si possible un traitement curatif contre la métastase ganglionnaire, tout en ignorant son origine. Cette inversion dans nos habitudes, quoique surprenante, est nécessaire pour traiter une maladie, dont les étapes sont elles-mêmes inversées.

ÉVOLUTION DES IDÉES

Avant la deuxième guerre mondiale, le règne de la conception des « branchiomes malins du cou » trouble profondément nos idées sur la question.

C'est à Volkman (1882) que revient la notion de tumeur maligne développée sur des inclusions embryonnaires d'origine branchiale.

De 1901 à 1939, cette théorie allait connaître une ère de célébrité et d'épanouissement. On la retrouve dans de nombreuses observations.

Veau, en 1901, précise le caractère de la tumeur et la rebaptise épithélioma branchial, mais isole sa personnalité par un caractère restrictif important : « En présence d'une tumeur dite branchiome, il faut par tous les moyens établir la négativité de toute métastase régionale. »

Ewing établit qu'après la possibilité de cancers métastatiques, d'endothéliomes primitifs (dont l'existence a été de courte durée) et de tumeurs du glomus carotidien, il restait un groupe de cancers primitifs du cou dont l'origine est obscure et qui devaient dériver de l'épithélium ectodermique des kystes branchiaux.

Siegal, en 1907, rassemblait 80 cas ; Carl et Scout, en 1922, 4 cas ; Mac Warther, 24 cas ; Schreiner, en 1929, donnait ses résultats thérapeutiques. En 1935, Kearn et Crile d'une part, Oliver d'autre part faisaient une étude sur 28 et 80 observations.

Truffert (1936) publiait 3 cas, qui voyaient s'élever contre eux les critiques de Chevassu et de Mondor. Elles n'étaient pas les premières ; Sutton écrivait, dès 1892, que l'idée de branchiome malin n'était que pure fiction. Hudson (1926) pensait que la question devait être discutée.

Cependant d'autres auteurs reconnaissaient encore l'existence des tumeurs branchiogéniques. Peroumova (1939) en distinguait 31 sur 76 tumeurs malignes du cou ; Fried (1935) parlait de branchiome de la région sterno-claviculaire ; Donat (1941) enfin faisait des remarques sur la structure histologique des cancers appelés branchiomes.

Par ailleurs, d'autres voix s'élevaient ; elles parlaient de métastases ganglionnaires révélatrices de cancers latents. Ces faits semblaient sans rapport avec les branchiomes. Dès 1835,

Bertrand insistait sur le développement précoce des ganglions dans les cas de cancers thyroïdiens latents ; Cornil (1900) en rapprochait les cas observés dans les cancers œsophagiens ; Laval (1904) signale la forme à début ganglionnaire des tumeurs du cavum. La notion de cancer latent et occulte était née. Les oto-rhino-laryngologistes, parmi lesquels Aboulker (1911), Portmann (1926) étaient les chefs de file, allaient en publier de nombreux cas.

C'était donc le cou qui occupait une place de choix dans les publications concernant les tumeurs apparemment primitives. Pourtant Selig en 1934 faisait état d'une métastase d'un mélanome dans l'aine 4 ans avant l'apparition de la lésion primitive ; tandis que Charlet consacrait sa thèse, en 1932, à l'étude des adénopathies néoplasiques cliniquement primitives de l'aine simulant les adénites.

Mais les environs de 1939 vont marquer le déclin du branchiome.

Hamperl fait l'autopsie de 13 cas étiquetés branchiomes malins. Il trouve 7 fois un cancer primitif, que ce soit la langue, les sinus pyriformes, les cordes vocales, le maxillaire ou la bouche. L'étiquette de carcinome branchiogène devient un « expédient qui nous permet de nous en tirer quand nous n'avons rien trouvé ».

Ducuing porte un coup fatal à cette théorie : sur 33 cas, il trouve 33 fois une métastase de cancer plus ou moins caché.

Veau, lui-même, reconnaît son erreur loyalement, et réfute les arguments embryologiques sur lesquels s'était appuyé Volkmann : il n'y a pas de tumeur là où l'on trouve des débris embryologiques ; les tumeurs sont fréquentes là où on ne voit pas ces débris.

Dès lors, la faillite de la théorie de Volkmann détruite par Hamperl, puis par Ducuing, reniée par Veau qui en était le promoteur en France, la question va être abordée sous un aspect nouveau. Les publications vont être nombreuses, les dénominations aussi ; les moyens diagnostiques et les thérapeutiques se précisent ; la question progresse.

En 1944, Martin et Morfit font une étude très complète des métastases ganglionnaires cervicales en tant que premier symptôme. En 1945, Ennuyer étudie les possibilités diagnostiques vis-à-vis des tumeurs apparemment primitives du cou ; en 1946, Wieberdink fait un bilan thérapeutique ; Dargent et Blanchet en 1947, à partir d'une étude statistique, essaient de définir une conduite à tenir.

Moure, en 1951, montre la difficulté du diagnostic des tumeurs ganglionnaires primitives de l'aisselle. Au cours de la

même année, Howet publie 62 observations de tumeurs épithéliales malignes du cou à point de départ inconnu.

Redon et Lacour, en 1953, étudient les tumeurs primitives de la région carotidienne.

En 1954, Dargent pose la question des soi-disants tumeurs de la thyroïde aberrante, question reprise par Smets, Dor et Delorme en 1957, mais qui avait été envisagée, en 1942, par King et De Pemberton.

A la même époque (1954) Catania, en Italie, décrit les métastases ganglionnaires superficielles dans les tumeurs à point de départ inconnu et leur traitement. En France, Moiroud et Bonneau (1955) font paraître une remarquable observation d'une métastase ganglionnaire cervicale enlevée chirurgicalement et qui, 12 ans après, n'a donné aucune récidive et dont la recherche d'une lésion primitive est restée infructueuse. Aux Etats-Unis, Comess et ses collaborateurs (1957) font une revue statistique précise des métastases cervicales des carcinomes occultes.

Citons enfin la Table Ronde (1961) sous la direction du Professeur Appaix et la présidence du Docteur Carrega, qui a abordé les différents aspects de la question et codifié une conduite à tenir dont nous nous sommes inspiré.

Notre étude :

1° Exige des connaissances de base :
- sur le plan anatomique,
- sur le plan anatomo-clinique,
- sur le plan anatomo-pathologique,
- sur le plan physio-pathologique et pathogénique.

2° Repose sur les données analytiques de notre documentation :
- données étiologiques,
- données anamnestiques,
- données cliniques,
- données évolutives.

3° Se propose de définir une conduite à tenir.

BASES ANATOMIQUES

Nous ne saurions envisager une étude des métastases ganglionnaires superficielles cliniquement primitives sans un rappel anatomique des formations lymphatiques qui nous occupent.

Nous nous contenterons d'une brève description, en prenant pour guide le remarquable travail fait, il y a 25 ans, par H. Rouvière et son école.

Enfin, nous envisagerons cette description en trois étapes :

— Les lymphatiques cervicaux.

— Les lymphatiques axillaires.

— Les lymphatiques inguinaux.

LES LYMPHATIQUES CERVICAUX

Le cou est incontestablement l'ensemble anatomique le plus riche en lymphatiques.

Les voies afférentes

— Ganglions occipitaux : nuque, cuir chevelu occipital.

— Ganglions mastoïdiens : cuir chevelu pariétal, oreille externe.

— Ganglions parotidiens : parotide, oreille externe, front, paupières, lèvre supérieure, nez.

— Ganglions géniens : paupières, lèvre supérieure, commissures labiales, région naso-génienne et naso palpébrale.

— Ganglions sous-maxillaires : menton, narines, lèvres, sous-maxillaires, sub-linguales, cavité buccale.

— Ganglions sus-hyoïdiens médians : menton, lèvres, sous-maxillaires, sub-linguales, cavité buccale.

— Voie jugulaire antérieure : région sous-hyoïdienne.

— Voie jugulaire externe : région cervicale antéro-latérale, parotide.

Les voies collectrices

Les collecteurs sont orientés de haut en bas et convergent tous vers le confluent veineux jugulo-sous-clavier de Pirogoff.

Le grand rassemblement se réalise au niveau du grand triangle lymphatique cervical, constitué par :

1° Un grand côté, vertical, interne, balisé par la veine jugulaire interne, constituant la grande voie jugulaire principale divisée en trois étages :

— un étage supérieur, sus-digastrique, peu ganglionné ;

— un étage moyen, inter-omo-digastrique, richement ganglionné (ganglion principal sous-digastrique de Kuttner et ganglion sus-omo-hyoïdien de Poirier), gîte ganglionnaire principal du cou ;

— un étage inférieur, sous-omo-hyoïdien, rarement ganglionné.

2° Un côté oblique, en dehors et en bas, externe, balisé par la branche externe de la XI[e] paire cranienne (voie spinale) ; la lymphe est drainée de dedans en dehors et de haut en bas. Il s'agit d'une voie cervicale divergente.

3° Un côté oblique en dedans et en bas, inférieur, balisé par la 2[e] collatérale du tronc thyro-bicervico-scapulaire (voie cervicale transverse) ; la lymphe est drainée de dehors en dedans et de haut en bas. Il s'agit d'une voie cervicale convergente.

Les côtés externe et inférieur du triangle constituent la voie jugulaire dérivée. Le célèbre ganglion de Troisier n'est autre que l'unité ganglionnaire la plus interne de la chaîne cervicale transverse, au sein du hile lymphatique général gauche.

Les voies terminales

Convergent vers les 2 hiles lymphatiques de la base du cou.

Les voies terminales cervicales : tronc jugulaire, tronc cervical transverse, et le tronc récurrentiel vont à la rencontre des autres voies terminales (tronc sous-clavier, mammaire interne, latéro-trachéal, médiastinaux, intercostal). Ces vaisseaux vont déboucher dans le confluent veineux :

— A droite : la grande veine lymphatique.

— A gauche : la crosse du canal thoracique.

Les voies croisées

Les courants bilatéraux et contro-latéraux empruntent les voies croisées.

Au niveau des réseaux d'origine, les formations anatomiques cervico-faciales médianes sont susceptibles d'orienter leur lymphe d'un côté ou de l'autre. Toute tumeur maligne, siégeant

sur un de ces organes, menace les 2 côtés : plancher buccal, cavum, langue, commissures laryngées, isthme thyroïdien...

Au niveau des collecteurs, des oscillations peuvent se produire au voisinage de la ligne médiane et entraîner de l'autre côté un vaisseau d'origine para-médiane. Mais des collecteurs d'un organe impair et médian (langue), drainant une de ses portions latérales, prennent parfois une direction oblique et aboutissent aux ganglions contro-latéraux.

Au niveau des groupes ganglionnaires, les éléments médians laissent écouler leur lymphe indifféremment à droite ou à gauche, voire des deux côtés.

LES LYMPHATIQUES AXILLAIRES

Si les lymphatiques cervicaux sont remarquables par la richesse et l'étendue de leurs réseaux d'origine, les lymphatiques axillaires n'en sont pas moins un centre ganglionnaire important par sa densité. Situés dans le creux de l'aisselle, les ganglions sont au nombre de quinze à trente en moyenne.

Leur importance en pathologie vient de ce qu'ils résument toute la circulation lymphatique du membre supérieur, de l'épaule, et surtout la majeure partie du sein.

Les voies afférentes

1° *Le groupe huméral :*

Reçoit la presque totalité des troncs collecteurs lymphatiques du membre supérieur.

Parfois un ou deux troncs collecteurs des lymphatiques profonds de l'épaule, satellites des vaisseaux circonflexes postérieurs.

2° *Le groupe thoracique :*

Reçoit des troncs collecteurs lymphatiques de la paroi antéro-latérale du thorax, de la glande mammaire et de la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale.

3° *Le groupe scapulaire :*

Reçoit les troncs collecteurs lymphatiques des téguments et des muscles de la paroi thoracique postérieure de la partie postérieure de l'épaule, de la moitié inférieure de la nuque et de la partie latérale de la base du cou.

4° *Le groupe sous-claviculaire :*

Reçoit les vaisseaux efférents issus des ganglions des autres groupes axillaires, le tronc collecteur superficiel inter-delto-

pectoral, la majeure partie des troncs collecteurs supérieurs de la glande mammaire (troncs trans-pectoraux).

5° *Le groupe central :*

Reçoit les troncs collecteurs lymphatiques venus de la glande mammaire et des vaisseaux efférents des ganglions des groupes huméral, scapulaire et thoracique. Ses vaisseaux efférents vont se jeter dans les ganglions sous-claviculaires.

Les voies terminales

Les ganglions sous-claviculaires reçoivent à peu près toute la lymphe des ganglions axillaires. Ils donnent eux-mêmes naissance à un ou plusieurs troncs sous-claviers qui déversent leur contenu dans le confluent jugulo-sous-clavier correspondant directement ou par l'intermédiaire de la chaîne cervicale transverse.

LES LYMPHATIQUES INGUINAUX

Plus modestes par leur densité et par leur intérêt cancérologique, les ganglions inguinaux ou mieux inguino-cruraux superficiels constituent un carrefour ganglionnaire non négligeable.

Occupant la région du triangle de Scarpa, ils sont en nombre variables (de huit à quinze), de volume variant normalement entre celui d'un pois et celui d'une fève ; leur forme variant également : les uns ovoïdes, les autres sphéroïdes ; les plus supérieurs ont leur grand axe parallèle à l'arcade crurale, les plus inférieurs ont leur grand axe vertical parallèle à la veine saphène interne.

Ces ganglions sont en majorité reliés entre eux par des troncules lymphatiques et ceux-ci interdisent toute indépendance à chaque groupe ganglionnaire.

Les voies afférentes

Les ganglions inguinaux superficiels reçoivent les troncs collecteurs lymphatiques superficiels des :

— téguments du membre inférieur ;
— organes génitaux externes (scrotum, pénis, grandes et petites lèvres, capuchon clitoridien) ;
— périnée ;
— zone cutanée de l'anus ;
— partie sous-ombilicale de la paroi abdominale.

Les lymphatiques cutanés du membre inférieur aboutissent simultanément dans les groupes inféro-externe et inféro-interne.

Les lymphatiques cutanés de la région fessière se terminent en majeure partie dans le groupe supéro-externe, mais aussi dans les groupes inféro-externe et inféro-interne.

Les lymphatiques cutanés des organes génitaux externes aboutissent aux ganglions des groupes supéro-interne et inféro-interne et parfois aussi au groupe supéro-externe.

Les lymphatiques cutanés de la partie sous-ombilicale de l'abdomen et de l'ombilic se rendent aux ganglions des groupes supéro-externe et supéro-interne.

Les voies efférentes

Parmi les vaisseaux efférents :

a) les uns aboutissent aux ganglions inguinaux profonds ; ils proviennent des ganglions du groupe inférieur ;

b) les autres vont se terminer dans les ganglions iliaques externes (rétro-cruraux).

BASES ANATOMO-CLINIQUES

Les documents anatomiques, si précis soient-ils, ne suffisent naturellement pas à définir une adénopathie néoplasique. Il nous faut, dans un premier temps, affirmer cliniquement, avec l'aide de l'histologie (que nous nous proposons d'étudier dans le prochain chapitre), sa nature, après avoir éliminé, par le biais du diagnostic différentiel, toute tumeur qui n'est pas un ganglion lymphatique et tout ganglion lymphatique qui ne peut pas être métastatique.

I. - LES CARACTÈRES DE L'ADÉNOPATHIE MÉTASTATIQUE

a) *Le siège* sera le premier caractère fiché dans l'observation et sera défini par rapport aux repères osseux. L'unilatéralité est un facteur de haute suspicion ; toutefois la bilatéralité peut être non pas le fait d'une pathologie distincte du carcinome, mais aussi le signe d'une grande lymphophilie. Enfin l'asymétrie est l'élément de présomption le plus significatif.

b) *La forme* est une donnée relativement accessoire pour l'appréciation de la nature ; les confluences multinodulaires sont fâcheuses.

c) *Le degré de mobilité* est par contre l'élément clinique essentiel ; par rapport aux plans superficiels tout d'abord ; indépendance ou incorporation à la peau sont évidentes. Par rapport aux plans profonds, ensuite, la mobilité est plus difficile à apprécier. Beaucoup d'adénopathies enclavées sont en fait mobilisables lors de l'exploration chirurgicale. Selon les normes actuellement adoptées sur le plan international : N1 désigne la présence d'adénopathies mobiles, N2 d'adénopathies fixées.

d) *La consistance* n'a rien de pathognomonique. Classiquement ferme, elle peut être souple, ramollie, ou ligneuse, sans pour cela être qualifiée à coup sûr d'inflammatoire, mixte ou néoplasique.

e) *La dimension* peut être comparée au volume de divers fruits ; mais mieux vaut, en dépit de causes d'erreurs noter les plus grands diamètres, vertical et horizontal, de l'adénopathie.

f) *La sensibilité :* classiquement indolore ; ce signe négatif est généralement un bon signe de malignité, mais il faut savoir que certaines adénopathies néoplasiques peuvent être sensibilisées par des phénomènes inflammatoires surajoutés.

g) *La datation* a son importance. La présence depuis plusieurs années d'un ganglion est un indice de bénignité. Mais il faut accorder peu de crédit aux dires du malade qui affirme généralement l'apparition soudaine de la tumeur. Or on sait qu'il faut plusieurs semaines à un ganglion pour atteindre 3 à 5 centimètres.

En fait, seule la palpation prolongée, minutieuse et méthodique peut nous fournir des critères valables. Mais divers pièges attendent notre main.

II. - LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Se posera avec :

a) Ce qui n'est pas ganglionnaire

1. — Au niveau du cou.

Il faut distinguer une adénopathie :

— de certaines saillies osseuses (apophyse transverse de l'atlas, la grande corne de l'os hyoïde, le cartilage thyroïde).

— des tumeurs du cou : telles qu'un lipome situé près des vaisseaux carotidiens, mais qui se signale par sa consistance mollasse caractéristique.

Plus rares, moins trompeurs sont un anévrisme vieilli, un kyste dermoïde, une tumeur des glandes salivaires, un abcès froid pottique, un phlegmon ligneux du cou.

De même les tumeurs du glomus carotidien, très rares, situées à la bifurcation carotidienne, mais qu'un doigt averti sentira battre.

— Une question plus délicate à résoudre est celle des tumeurs de la thyroïde et en particulier des thyroïdes aberrantes. L'extrémité postéro-latérale des lobes thyroïdes vient se terminer au niveau de la jugulaire interne et de sa chaîne lymphatique et peut ressembler cliniquement à un nodule lymphatique et donner des difficultés diagnostiques. Le signe le plus sûr de tumeur thyroïdienne est sa mobilité à la déglutition. Si une masse située dans le bas ou dans la partie moyenne du cou monte avec le larynx ou la trachée, elle est indubitablement attribuée à la thyroïde et est probablement un adénome ou un carcinome.

Le problème, par ailleurs, serait de différencier la métastase cervicale d'un cancer thyroïdien d'un carcinome du « tissu thyroïdien aberrant ». Pour Dargent (1 observations) et pour Smets, Dor et Delorme (5 observations), les soi-disant tumeurs de la thyroïde aberrante latéro-cervicale sont en réalité des

adénopathies métastatiques d'un carcinome thyroïdien latent ou occulte. Smets, Dor et Delorme, pour leur part, préconisent l'utilisation du compteur à scintillation pour déceler des carcinomes occultes même de petit volume. Dargent estime quant à lui que la cervicotomie est le meilleur moyen de diagnostic.

2. — Au niveau de l'aisselle :

Il est facile d'éliminer rapidement :
— un lipome,
— un anévrisme vieilli.

3. — Au niveau de l'aine :

La question se posera avec un lipome,
un anévrisme vieilli,
un abcès froid,
une hernie inguinale,
un hygroma,
une saphène à crosse variqueuse.

b) **Ce qui n'est pas métastatique**

Le danger n'est pas tant de prendre une adénopathie bénigne pour un ganglion néoplasique, mais au contraire d'étiqueter d'emblée inflammatoire, tuberculeuse ou spécifique une adénopathie maligne.

— Des adénopathies récentes, inflammatoires, peuvent apparaître. Il est fréquent alors de prendre pour des hyperplasies inflammatoires des métastases cancéreuses. Mais chez l'adulte, une augmentation de volume d'un ganglion asymétrique due à une infection est rare et on doit penser, jusqu'à preuve du contraire, à un néoplasme.

D'ailleurs, les adénopathies inguinales peuvent se manifester par des ganglions douloureux, par une masse rouge, chaude, enflammée, par un véritable bubon (Favre).

Cette incidence est fréquente en matière d'épithélioma. Ces adénopathies sont et doivent être réversibles, sinon leur nature mixte est plus que probable.

— Des adénopathies anciennes, parfois symétriques, souvent petites, dures, mobiles, sont une rencontre banale. Fréquemment d'origine bucco-dentaire, la trace des accidents et les souvenirs du malade signent leur bénignité.

Parmi ces adénopathies chroniques, la cause la plus fréquente est la tuberculose. Nombre de malades sont traités comme tels, pour peu que leurs antécédents se fassent complices et on ne parvient à redresser le diagnostic qu'après des semaines

ou des mois passés dans l'ignorance et la quiétude. A l'inverse, il arrive qu'une adénopathie authentiquement bacillaire apparaisse sous le masque d'une évolution maligne ; l'erreur en est moins grave et le diagnostic est rectifié grâce à la biopsie.

Quant au diagnostic de syphilis, il est non seulement rare, mais à rejeter. Par contre, il arrivera que les formes ganglionnaires de la sarcoïdose de Besnier-Bœck-Schaumann soient de diagnostic clinique impossible, mais ceci est exceptionnel en France.

En somme, la datation, la topographie, les caractères physiques, les antécédents sont, peut-être, incapables d'apporter une certitude sur la nature de l'adénopathie ; mais leur groupement en fait plus que des nuances. Ainsi l'augmentation rapide de volume, l'unilatéralité, l'asymétrie, les dimensions, même chez l'enfant, portent presque sûrement la signature de la malignité.

Mais porter l'étiquette d'adénopathie maligne ne signifie pas toujours métastase. Il existe des ganglions dont la malignité est d'une autre nature.

— La maladie de Hodgkin s'exprime fréquemment au début de l'affection, par une adénopathie cervicale, plus rarement axillaire ou inguinale. Au niveau du cou, elle siège habituellement dans la moitié inférieure de la chaîne carotidienne ou dans le creux sus-claviculaire, à gauche plutôt qu'à droite. De consistance ferme, de forme ronde ou ovoïde, bien limitée, mobile, indolore sans signe de suppuration, sans périadénite, sans anomalie cutanée, c'est soit un ganglion isolé, soit un gros ganglion entouré de petits. Autant dire que si le contexte clinique habituel (prurit, splénomégalie, fièvre) ne s'est pas encore manifesté, il sera difficile d'assurer le diagnostic. Seul l'adénogramme, dans 60 % des cas, en montrant l'association de cellules de Sternberg et d'un granulome, permettra de porter le diagnostic. Mais quand le frottis ne montre qu'un granulome, la prudence exige l'histologie qui assure un résultat dans 80 % des cas.

— Les autres affections malignes d'origine lymphoïde peuvent, mais rarement, se manifester à leur début par une adénopathie isolée. L'examen histologique est alors indispensable.

BASES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

L'anatomie nous a situé voies et relais ganglionnaires, la clinique nous a fourni de précieux documents, mais elles ne nous permettent pas, chez un individu donné, de prévoir avec certitude le tracé des vaisseaux et de remonter, à contre-courant, jusqu'à une éventuelle tumeur primitive.

En effet, c'est dans la découverte du carcinome initial que nous devons orienter nos investigations. L'anatomie pathologique a permis, dans une certaine mesure, de réduire le champ des invasions occultes méconnues.

C'est ainsi que la position des ganglions lymphatiques métastatiques peut nous indiquer le chemin à suivre pour localiser le cancer initial.

Bien plus, l'histologie pathologique ne se contente pas de répondre positif ou négatif, mais grâce aux documents biopsiques, aux prélèvements cytologiques, aux pièces opératoires, elle nous fournit des arguments de valeur dans l'orientation du diagnostic.

I. - LES DONNÉES TOPOGRAPHIQUES

De nombreux auteurs se sont attachés à cette question. Ennuyer a établi une « règle de routine » concernant les tumeurs apparemment primitives du cou. De même, Martin et Morfit ont étudié les localisations possibles de la tumeur initiale en fonction du siège de la métastase ganglionnaire. Plus récemment, Comess, Beahrs et Dockerty d'une part, Catania d'autre part, ont schématisé les relations existant entre les gîtes ganglionnaires et l'aire dont ils sont tributaires.

1° Au niveau du cou :

— *Le gîte sus-hyoïdien médian :*
est colonisé par un néoplasme des lèvres ou de la cavité buccale.

— *Le gîte sous-maxillaire :*
est envahi dans les cancers de la langue (2/3 antérieurs), du plancher buccal, de la muqueuse jugale, de la gencive.

— *Le gîte jugulaire :*
dans sa portion haute, sous-angulo-maxillaire, son atteinte évoque une tumeur du naso-pharynx.

dans sa portion moyenne, il peut être touché par des néoplasies dont le point de départ doit être recherché au niveau de l'amygdale,
de la base de la langue,
dans la gouttière pharyngo-laryngée.

— *Le gîte spinal :*
est menacé par les cancers du naso-pharynx ou thyroïdiens.

— *Le gîte sus-claviculaire :*
dont l'invasion nous fera orienter les recherches vers la thyroïde,
les sinus pyriformes,
l'œsophage cervical.

Mais le cou est accessible à n'importe quelle tumeur maligne, quel qu'en soit le siège, puisque toutes les voies lymphatiques se côtoient et se confondent dans les hiles lymphatiques cervico-thoraciques droit et gauche.

— De la ceinture scapulaire et du membre peuvent parvenir au cou des carcinomes épidermiques, des nœvo-carcinomes et des tumeurs conjonctives, par voie directe en ce qui concerne la région sus-épineuse, après relais axillaire en général en ce qui concerne les autres territoires.

— De la paroi thoracique peuvent parvenir jusqu'au cou les mêmes variétés tumorales, auxquelles s'ajoutent les épithéliomas du sein.

— Des régions intra-thoraciques : en raison de la perméabilité des confins cervico-thoraciques, surtout en avant viendront jusqu'au cou de nombreuses tumeurs.

Etant donné leur fréquence et leur lymphophilie, les épithéliomas bronchiques ont la vedette, en particulier la variété à petites cellules. De courtes cervicotomies exploratrices basses, préscalénique, peuvent apporter la preuve d'invasions latentes (biopsie de Daniels).

Ainsi Rochlin et Enterline ont établi que dans 52 % des cas, dans un travail portant sur 142 biopsies préscaléniques, il y avait une atteinte pulmonaire.

— Des régions abdominales, arrivent cancers gastriques, utérins et autres néoplasies. De nombreux auteurs se sont attachés à mettre en évidence l'importance du canal thoracique dans la diffusion des tumeurs malignes.

Depuis Troisier, on sait que le canal thoracique est largement utilisé comme route d'invasion. Brunner a trouvé la présence de cellules cancéreuses dans le canal thoracique au cours de 53 autopsies, et dans 68 % des cas il s'agissait de cancers abdominaux. Pour Willis, 1/3 des invasions sont le fait des épithéliomas gastriques et 1/4 des épithéliomas utérins.

Par ailleurs, les tumeurs sous-diaphragmatiques rétro-péritonéales, les tumeurs génitales, les tumeurs des gonades fréquentent assez souvent la région cervicale.

On connaît le long cheminement des néoplasies testiculaires jusqu'au cou. Dao-Duc-Hoanh et Nguyen-Hôa-Ly donnent 3 observations de métastases ganglionnaires sus-claviculaires gauches dont le point de départ s'est révélé être une tumeur maligne de l'ovaire. Par ailleurs, Veyor, Eisenbeth et Greco signalent l'envahissement ganglionnaire des creux sus-claviculaires au cours d'une carcinomatose du grêle et d'un cancer primitif du foie. Enfin, Grumbellot, Busser et Delraut décrivent un épithélioma latent du rein révélé par un ganglion sus-claviculaire.

2° Au niveau de l'aisselle :

Nous avons vu combien la richesse du système lymphatique cervical, ses multiples anastomoses, ses fréquentes et imprévisibles variations, l'étendue de ses canaux de drainage rendaient difficile la découverte des voies d'invasion.

Par contre, au niveau de l'aisselle, malgré sa pléthore ganglionnaire et ses lointaines ramifications, les points de départ supposés sont moins nombreux qu'à l'étage cervical.

Pratiquement, nous devons rechercher la signature d'une métastase ganglionnaire axillaire :

— le long du membre supérieur, depuis la région sous-unguéale jusqu'au moignon de l'épaule ; après avoir inspecté les téguments de la nuque, de la paroi antérieure et postérieure du thorax, et de la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale, afin d'y découvrir un nœvo-carcinome latent.

— mais surtout nos examens doivent s'orienter dans l'aire de la glande mammaire, où il pourra être parfois difficile de mettre en évidence un carcinome occulte (Aquati).

— enfin il faudra penser à l'essaimage d'un néoplasme pleuro-pulmonaire latent.

3° Au niveau de l'aine :

Ce carrefour ganglionnaire est, l'anatomie nous l'a montré, un lieu relativement fréquenté.

Ainsi peuvent y parvenir :

— des carcinomes et nœvo-carcinomes venus :

des téguments du membre inférieur et dont cette observation (Selig) nous servira d'illustration : c'est une femme de 47 ans, opérée pour une adénopathie inguinale gauche (mélanome achromique à l'histologie) et dont la lésion primitive n'est apparue que 4 ans après sous le talon gauche.

des zones cutanées de la partie sous-ombilicale de la paroi

abdominale, de la région fessière, du périnée, de l'anus et des organes génitaux externes.

— peuvent s'y drainer également des cancers venus des régions voisines, par des chemins inhabituels, par des voies rétrogrades, qui ne s'expliquent que par l'existence d'un blocage sus-jacent :

— l'urètre donne des métastases ganglionnaires inguinales. Pollosson a décrit une adénopathie inguinale dont l'origine urétrale n'a été trouvée que 6 mois après.

— l'utérus, le vagin, les ovaires peuvent également se manifester au niveau de l'aine. Catania cite une néoplasie de l'ovaire apparue 6 mois plus tard.

— enfin, le rectum, les testicules, la prostate peuvent atteindre les ganglions inguinaux. C'est encore Catania qui nous en fournit la preuve dans cette observation d'un cancer de la prostate qui se dévoile 10 mois après l'adénopathie.

Ainsi un bilan clinique et paraclinique complet nous permet-il de remonter parfois et avec l'aide du temps à la tumeur primitive. Mais souvent ces adénopathies se refusent à se révéler ; le clinicien a recours alors au pathologiste.

II. - LES DONNÉES HISTOLOGIQUES

a) Les données histogénétiques

Si nous laissons pour une étude ultérieure la question du mécanisme de l'envahissement lymphatique par les cellules néoplasiques et leur développement, il faut néanmoins envisager les possibles modifications dans l'espace et dans le temps de la cellule cancéreuse. En effet, « le caractère propre de la cellule maligne est de se développer dans une région où normalement elle ne serait ni acceptée, ni supportée » (Denoix) ; ceci lui autorise une certaine plasticité.

1° La spécificité cellulaire et tissulaire :

Une cellule néoplasique donnée va généralement se reproduire selon son type original embryologique. Mais elle peut subir des viciations dans son évolution.

Un tissu très différencié comme la thyroïde peut, par exemple, produire des carcinomes anaplasiques indifférenciés, et c'est dans cette transformation que réside toute la difficulté d'un diagnostic histologique précis des métastases ganglionnaires.

Delarue, Abelanet et Chomette (cités par Bonneau) ont fait une étude récente portant sur 800 autopsies faites à l'Hôpital Paul-Brousse, avec 167 processus métastatiques :

a) 89 % des cas, métastase et tumeur primitive, présentent une fixité dans leur structure ; il s'agit de :

— carcinomes épidermoïdes.
— carcinomes excréto-génitaux.
— carcinomes à cellules claires du rein.
— carcinomes à petites cellules du poumon.
— carcinomes gastriques et intestinaux.
— carcinomes polymorphes (sein).

b) 11 % se modifient au cours de leur évolution :

— tumeur initiale peu différenciée, devient différenciée au niveau de la métastase : thyroïde, sein, estomac, intestin.

— tumeur initiale différenciée, donne une métastase indifférenciée : prostate, vessie, pancréas, sein.

Les interprétations de cette plasticité sont nombreuses : suractivité tissulaire, action hormonale, réaction de l'hôte. Mais aucune de ces hypothèses n'a fait sa preuve et n'arrive à nous satisfaire.

2° L'influence de la durée d'évolution sur le tissu cancéreux :

Le moment évolutif est important à considérer. Ainsi le cancer n'est pas toujours égal à lui-même et les données du temps peuvent le modifier.

— Les carcinomes à évolution rapide donnent un tissu indifférencié, car la maturation ne se fait pas au niveau de la métastase.

— Les carcinomes à évolution lente, où la métastase parvient à maturation, donnent un tissu très différencié.

Ainsi un même tissu néoplasique peut donner des métastases de type différent selon son potentiel évolutif.

En somme, la cellule cancéreuse est d'une souplesse telle que le diagnostic d'origine est souvent difficile. Cependant, 89 % des cancers gardent une fidélité tissulaire dans leurs métastases. Ce sont les 11 % restant, qui rendent ardue la tâche du pathologiste, dans l'étude des métastases précessives.

Ceci posé, sur quels critères l'anatomo-pathologiste pourra-t-il compter pour donner son diagnostic ?

b) Les critères du diagnostic histo-pathlogique

1° Les données cytologiques :

Une étude statistique (thèse de Dethe), portant sur 135 ponctions de métastases ganglionnaires, évalue à 75 % les chances de porter un diagnostic de malignité. Et parmi celles-ci :

50 % de malignité simple.
25 % de diagnostic de variété de cancer.

Dargent pour sa part affirme que le caractère épithélial de la dystrophie cancéreuse peut être mis en évidence dans plus de 80 % des cas.

On peut voir, en effet, au microscope des cellules de grande taille et anisocytaires : noyaux volumineux et de dimensions variables de l'un à l'autre, dysmorphiques, absence de chromatine fine et régulière, mais uniformément opaque ; nucléoles à contenu vide ou non visibles, parfois géantes, souvent hyperbasophiles. Le cytoplasme renferme fréquemment des vacuoles ou grains de sécrétion acidophiles ou azurophiles.

Dans 20 % des cas, le cytologiste peut affirmer la dystrophie cancéreuse, mais non la nature épithéliale.

En fait, dans l'orientation du diagnostic, l'adénogramme ne donne que rarement des indications valables. Il permet d'affirmer que le cancer est un nœvo-carcinome, quand la ponction retire un suc noirâtre ou quand les cellules contiennent des grains de mélanine (phénomène inconstant puisqu'il existe des carcinomes achromiques). L'adénogramme permet encore une orientation quand on trouve des cellules superficielles d'un épithélioma malpighien (élément de grande taille à protoplasme habituellement acidophile et à noyau picnotique). Parfois enfin, l'origine thyroïdienne des cellules, quand elles sont de taille moyenne, ovales ou rondes, les unes isolées, la plupart groupées en amas, avec un noyau assez peu dystrophique dont la structure est finement réticulée, dont les nucléoles sont chromophiles, mais cet aspect n'est pas le seul qui puisse évoquer le cancer thyroïdien et il est loin d'être spécial à cette variété.

D'ailleurs, il faut faire la part des erreurs :

— en moins :faux négatif.
— en plus : faux positif :

on affirme l'existence d'un cancer et il n'y en a pas : 2 à 3 % d'erreurs.

ou il y a cancer, mais erreur dans l'interprétation (cancer épidermoïde au lieu de cancer thyroïdien) : 1 à 2 % d'erreurs.

2° Les données histologiques :

Nous devons nous contenter au départ d'une évaluation grossière de la variété histologique ; mais si nous nous en référons également à une expérience statistique de valeur, nous pouvons, dans une certaine mesure affirmer un diagnostic d'origine.

Ainsi Bonneau, sur un total de 69 métastases précessives cervico-faciales, trouve :

20 carcinomes épidermoïdes différenciés : de localisations variées ou inconnues.

— 17 anaplasiques ou indifférenciés : dont le point de départ est rattaché au cavum ou au poumon.

— 30 carcinomes glandulaires dont :

10 thyroïdes.
6 mammaires.
8 digestifs.
4 uro-génitaux.
1 ovaire.
1 utérus.

— 2 indéterminés enfin.

En somme, poseront peu de problèmes les carcinomes glandulaires différenciés :

— au niveau du cou : thyroïde, parotide, sein, estomac.

— au niveau de 'laisselle : le sein.

— au niveau de l'aine : les cancers uro-génitaux.

Plus délicat, parfois impossible, est le diagnostic des carcinomes glandulaires dédifférenciés, car on leur reconnaît plusieurs origines probables.

Quant aux carcinomes épidermoïdes, ils forment le lot des cancers dont l'origine reste ignorée, car ce sont eux qui ont les sièges les plus divers et les plus difficiles à déceler. Néanmoins on peut admettre que :

— s'il est anaplasique : il faut penser au cavum et immédiatement après au poumon, enfin à l'amygdale.

— s'il est différencié : il s'offre un plus grand champ de possibilités et il faut rechercher dans les territoires oro-bucco-laryngés (essentiellement au niveau du cou) et cutané.

— en dernier ressort seulement, penser à des localisations erratiques d'un carcinome d'autre origine.

Mais de telles recherches sont souvent longues et nécessitent un patient travail d'équipe, une collaboration de tout instant entre le pathologiste et le clinicien.

BASES PHYSIO-PATHOLOGIQUES

Malgré l'importance des travaux classiques et modernes, il est bien risqué et prématuré de vouloir apporter une explication valable et de présenter une physio-pathologie des atteintes métastatiques ganglionnaires en général et des métastases ganglionnaires dont l'origine demeure inconnue en particulier.

Néanmoins l'intérêt soulevé par cette question justifie que nous ne nous limitions pas seulement à constater le phénomène, mais que nous tentions de l'interpréter.

Ainsi notre étude physio-pathologique se groupera sous deux rubriques :

— Le mécanisme de l'envahissement lymphatique.

— Les hypothèses pathogéniques.

I. - LE MÉCANISME DE L'ENVAHISSEMENT LYMPHATIQUE

Pour s'en tenir aux théories classiques, expliquer l'apparition d'une métastase, c'est expliquer la présence et la croissance d'une tumeur loin de son point d'origine, dans un autre organe, en l'occurrence le ganglion lymphatique. Nous devons donc admettre comme postulat, dans le cas particulier des métastases ganglionnaires cliniquement primitives, l'existence d'un foyer initial. Il nous faut, en premier lieu, établir par quel mécanisme les cellules se détachent de leur point de départ.

1° Le départ des cellules cancéreuses

Il commence à être bien connu par les recherches expérimentales. Coman, en 1944, a mesuré par des micromanipulations la force nécessaire pour séparer des cellules et il a constaté la moindre adhérence des cellules cancéreuses. Une fois détachées, ces cellules envahissent les espaces intercellulaires et les vaisseaux, et arrivent à un carrefour vasculaire.

2° Le transport des cellules cancéreuses

La voie lymphatique est la route la plus fréquentée par les cellules cancéreuses. Les cellules peuvent migrer isolément dans les canalicules et canaux lymphatiques sans laisser de trace. C'est l'embolie néoplasique qu'il faut opposer au phénomène

de perméation dont Handley a donné une description magistrale. Celle-ci aboutit à un ganglion tributaire de l'organe cancéreux. Elle nécessite l'absence d'une solution de continuité entre la métastase et la tumeur primitive et ne saurait s'expliquer que par la présence patente de cette tumeur originelle. Ce mode de transport, s'il peut convenir à de grosses tumeurs infiltrantes, il ne saurait être un moyen d'évasion pour des tumeurs microscopiques, latentes ou occultes.

3° La naissance de la métastase ganglionnaire

Les cellules emportées par le courant de la lymphe arrivent donc au premier ganglion rencontré et l'abordent par une veinule afférente. Le courant lymphatique étant très ralenti, les cellules tumorales ont toute chance de s'arrêter, de coloniser, de se multiplier ; une métastase ganglionnaire est née. Au début, le ganglion a un rôle d'arrêt bénéfique, mais peu après il va être un relais pour une nouvelle invasion. Le ganglion va accroître son volume et détruire la pulpe lymphoïde, suscitant son propre stroma. La capsule ne résiste qu'un temps ; elle va être infiltrée par les cellules tumorales puis se rompre, la métastase se comporte alors comme une nouvelle tumeur d'où de nouvelles cellules émigrent et vont coloniser un relais ganglionnaire plus lointain, avant de généraliser leur diffusion.

Une fois née, la métastase est devenue autonome. Elle va évoluer comme la tumeur originelle, fidèle au point d'en garder souvent sa structure histologique et ses propriétés biologiques (métastase thyroïdienne sécrétante). Mais, il semble paradoxal que la métastase évolue pour son propre compte alors que la tumeur primitive semble avoir disparu, sans arriver à maturation. Comment la métastase a-t-elle pu réussir là où la tumeur primitive a échoué ? Ainsi a-t-on pu aller jusqu'à nier son nier son existence. Cette question est encore mal élucidée et nous ne pouvons nous retrancher que derrière des hypothèses variées.

II. - LES HYPOTHÈSES PATHOGÉNIQUES

1° Les branchiomes malins

De nombreux auteurs ont développé, pour expliquer l'existence des tumeurs primitives du cou, la notion de tumeur maligne née sur des inclusions embryonnaires inhabituelles. Volkmann l'avait baptisé du nom de carcinome brachiogénique. On connaît, en effet, l'existence de branchiomes bénins, qui sont la persistance d'une cavité résiduelle par non-fermeture d'une fente branchiale. Puisqu'il existe des inclusions ectodermiques, pourquoi ce tissu épithélial ne pourrait-il pas donner naissance à un épithélioma ?

Cliniquement, le branchiome malin se développerait dans la région cervicale, le long de l'axe jugulo-carotidien. Cette tumeur présenterait tous les caractères des autres tumeurs malignes ; elle s'en distinguerait parce qu'elle serait primitive et le resterait.

Sur le plan anatomo-pathologique, ce serait un épithélioma spino-cellulaire, parfois indifférencié. Ce caractère était essentiel, car avant même la fin du siècle dernier avait été admis le dogme de la spécificité tissulaire néoplasique ; c'est-à-dire que toute tumeur avait son origine dans le tissu normal de même espèce ; or comme il n'existe pas à l'état normal des éléments épithéliaux dans les tissus interstitiels du cou, force est donc d'admettre que puisqu'il existe un tel cancer, il ne peut y être né que sur un élément inclus embryologiquement.

Actuellement, cette notion de branchiome malin semble à tout jamais périmée. Sur les plans clinique, anatomo-pathologique, embryologique et thérapeutique, aucun argument n'est capable de défendre et de maintenir ce terme de branchiome, qu'il faut considérer tout au plus comme exceptionnel. En fait, elle n'est plus admise aujourd'hui, en tout cas pour les anatomo-pathologistes, les chirurgiens spécialistes et les cancérologues.

D'ailleurs, nous savons que le cou n'a pas le privilège des adénopathies métastatiques cliniquement primitives et que ces adénopathies, qu'elles soient cervicales, axillaires ou inguinales, ne sont parfois que les témoins d'un carcinome microscopique latent.

2° Les micro-cancers

La latence de la tumeur primitive semble, en effet, n'être souvent que clinique et non pas anatomique.

Il est relativement fréquent de tomber sur une adénopathie cervicale qui semble isolée, mais qu'un examen soigneux du naso-pharynx ou un toucher rectal systématique rattache à un carcinome du cavum ou à un cancer prostatique. L'adénopathie est révélatrice au même titre qu'une fracture pathologique l'est pour un cancer du poumon ou du sein.

Ces micro-cancers sont plus fréquents :

— *Au niveau de la tête et du cou :*

Le naso-pharynx en est un exemple classique et bon nombre de carcinomes du cavum sont gros comme une tête d'épingle, cachés par un repli muqueux ou dans la fossette de Rosenmuller.

De même la basse de la langue, l'amygdale, le pharynx, les sinus pyriformes, restent latents très longtemps ; aussi

Dargent, Papillon et Mouriquand ont-ils préconisé l'utilisation des frottis de la cavité bucco-pharyngée.

Les cervicotomies exploratrices ont pu mettre en évidence de minuscules cancers thyroïdiens dont les diamètres étaient de 1 et 3 millimètres (Dargent).

— *Au niveau du thorax :*

Certaines autopsies faites chez des malades, dont l'examen clinique n'avait pu mettre en évidence une tumeur primitive, ont pu découvrir des tumeurs bronchiques de la taille d'un pois.

Aquati décrit 2 observations de carcinomes occultes du sein découverts plusieurs mois après l'apparition de métastases axillaires. Leur aspect morphologique était particulier en ce sens qu'ils n'avaient pas la forme nodulaire classique, mais se caractérisaient par une mince couche d'épaisseur irrégulière.

— *Au niveau de l'abdomen :*

Il existe de minuscules cancers digestifs, capables de se manifester loin dans l'organisme. Fauvert a vu ainsi la destruction de 3 vertèbres cervicales par une néoplasie rectale qui ne dépassait pas la taille d'un pois.

De même certaines tumeurs rénales sont capables de donner de nombreuses métastases, voire des généralisations rapides, presque d'emblée, tout en gardant une taille minime.

— *Au niveau des téguments :*

On connaît la latence des nœvo-carcinomes, leur extrême discrétion clinique, et on sait qu'ils peuvent échapper à la plus minutieuse recherche, laissant à leurs adénopathies (car ils sont d'une extrême lymphophilie) le soin de dominer la scène.

Il existe donc des tumeurs suffisamment petites pour n'avoir aucune traduction clinique. L'adénopathie n'en est que le satellite ; mais elle l'éclipse. Il semble donc y avoir un balancement entre la métastase et la tumeur primitive. Tout aussi paradoxal est le fait que ces petites tumeurs sont très lymphophiles. La formule « A petite tumeur, grosse métastase » trouve ici sa plus belle illustration.

Néanmoins aucune interprétation n'a été donnée à ce phénomène. Il semble qu'il y ait une interaction biologique entre la tumeur primitive et la métastase, une véritable rivalité familiale. Toutefois, nous verrons que l'ablation de la métastase ne semble pas donner un coup de fouet à la tumeur primitive ; phénomène que l'on retrouve dans la maladie de Hodgkin où l'adénectomie peut amener la guérison. Mais par contre une action locale peut faire exploser le cancer: excision d'une amygdale par exemple (Dargent).

Mais ce ne sont pas ces « 198 », où l'épreuve du temps finit par nous faire connaître leur lieu de naissance, qui créent une réelle difficulté d'appréciation ; ce sont ceux qui restent muets, malgré nos interrogatoires répétés, pendant de longs délais, parfois même pendant des années, qui demeurent un irritant point d'interrogation.

Tous les auteurs sont d'accord pour penser que certains petits néoplasmes peuvent disparaître avec le traitement de la métastase. Ainsi une large cervicotomie peut enlever avec le ganglion un minuscule carcinome voisin de son adénopathie.

A plus forte raison un évidement ganglionnaire pourra emporter la tumeur primitive à notre insu. De même s'explique la disparition de certaines tumeurs, qui sont stérilisées dans le champ d'irradiation.

Plus discutable est la notion de cancer spontanément guéri.

3° Les "ultra-cancers"

C'est Dargent qui a avancé cette hypothèse audacieuse, l'illustrant par une remarquable observation : une adénopathie sous-maxillaire ulcérée, fixée, métastase d'un épithélioma spino-cellulaire, et qui suivait une ulcération de la lèvre inférieure, cicatrisée en 3 mois, sans traitement. Dargent pense, ainsi, que les muqueuses nasales, sinusales, oro-pharyngées et laryngées peuvent être le siège de cancers purement cytologiques, qu'il baptise « ultra-cancers ». Il les rapproche de l'ulcus planum cicatrisans et des squirrhes ulcérés du sein, qui cicatrisent au centre pour proliférer à la périphérie.

D'ailleurs, la guérison spontanée du cancer, après avoir donné lieu à de nombreuses controverses, est actuellement admise comme un fait non discutable s'il reste mystérieux. On commence à connaître des cas de cancers restant uniquement histologiques et guérissant sans manifestation clinique. Gatch et Culbertson estiment que certains cancers du sein peuvent même, après avoir envoyé des métastases, guérir sur place après arrêt de croissance que rien n'explique, par atrophie des cellules néoplasiques et fibrose.

De nombreuses interprétations ont été données à ces phénomènes (trouble de la nutrition de la tumeur, trouble de la nutrition en général, infection de la tumeur) qui ne résolvent en rien le problème.

Par contre, il nous a paru qu'à la lumière des travaux récents, un essai d'interprétation valable puisse être donné.

Le cancer est sans doute une maladie de la cellule des tissus, d'un organe ; mais il est aussi la maladie d'un individu qui en modifie les conditions.

L'expérience des greffes d'organe a montré que l'organisme se défend contre le tissu greffé et l'élimine comme un véritable corps étranger. Ici tout se passe comme si les cellules tumorales devenaient brusquement étrangères à l'organisme. Quel est l'élément qui est venu bouleverser ainsi les rapports hôte-tumeur ?

On peut le trouver dans les modifications des protéines sanguines, en particulier les gamma-globulines. Les travaux de Graham en 1955, de Mlle Parigot et des Lacour montrent dans le sang des malades la présence d'anticorps à leur propre tumeur.

Est-ce un bouleversement des gamma-globulines par un processus infectieux ou autre, qui pourrait rompre l'équilibre immunologique existant entre le cancer et l'hôte et faire que le cancer soit éliminé comme un corps étranger ?

Toutefois, si cette hypothèse peut être séduisante pour expliquer certaines régressions locales ou une mise en veilleuse de la tumeur primitive, elle n'explique pas la présence de l'adénopathie ; comment se ferait-il que la « guérison » réussisse sur le plan local et échoue sur le plan général, alors que les phénomènes d'immunité mettent en jeu tout un individu ?

4° L'hypothèse de DELARUE

En interprétant le phénomène métastase sur le plan différent de celui des conceptions classiques, J. Delarue a eu le mérite de mettre en cause une attitude figée depuis près d'un siècle : il nous a appris à « penser différemment le cancer ».

Il admet qu'entre cancer et métastases les connexions sont purement physio-pathologiques et fait intervenir à l'origine des localisations secondes un phénomène biologique de répercussion, de « résonance ». C'est retrouver dans l'étude du cancer ce que François Frank a décrit dans ses recherches sur le sympathique, l'apparition à distance du point expérimenté de phénomènes identiques à ceux que l'on provoque sur place.

La métastase ne serait que « la reproduction par répercussion, par résonance, des perturbations cellulaires qui ont permis le foyer cancéreux primitif et c'est avec des matériaux pris sur place que l'irritation cancérigène détermine une prolifération tumorale qui reproduit assez fidèlement la tumeur originelle ».

Autrement dit, le délai tumeur primitive - adénopathie, que s'efforce de représenter la clinique, n'est qu'une représentation très grossière de la chronologie réelle des phénomènes métastatiques ganglionnaires.

Si nous traduisons ceci dans le système T, N, M :

— T représentant la tumeur primitive,
— N l'adénopathie,
— M les métastases,

classiquement nous avons une suite chronologique :

$$FK \rightarrow T \rightarrow N \rightarrow M$$

Pour Delarue, il n'y a pas de filiation.

$$FK \begin{cases} \rightarrow T \\ \rightarrow N \\ \rightarrow M \end{cases}$$

La métastase n'est pas « la fille de la tumeur originelle, mais sa sœur cadette ».

La métastase est autonome, elle peut vivre de ses propres moyens, car elle ne doit pas la vie à des transports cellulaires, mais à des inductions sur place. Si la cancérisation agit ainsi sur le plan local, régional et général, on peut concevoir un cancer « secondaire » sans cancer « primitif » pour employer le langage classique.

Le précancer biologique et le précancer morphologique ne parviendraient au cancer morphologique qu'au niveau du ganglion.

Pourquoi le cancer n'a-t-il pas réussi à s'implanter au stade T, au point de départ ? Pourquoi a-t-il échoué sur le plan local ? Pouvons-nous faire intervenir des phénomènes immunitaires locaux et non pas généraux ?

Ceci n'est bien entendu qu'une hypothèse de travail. Nos connaissances sont encore fragmentaires et il convient de conclure avec H. Green : « Une nouvelle théorie est nécessaire pour inclure tous les faits établis par les études sur le cancer. »

ETUDE ANALYTIQUE

A la lumière de nos observations, nous nous proposons d'étudier l'expression clinique des métastases ganglionnaires superficielles cliniquement primitives.

Notre documentation a été recueillie au Centre Régional de Lutte contre le Cancer de Marseille depuis janvier 1947 à septembre 1962.

Nous avons relevé 107 adénopathies métastatiques étiquetées « 198 ». Notre étude statistique porte sur ces 107 cas ; mais nous n'en présentons que 47, qui sont les plus démonstratives.

OBSERVATIONS

A. — METASTASES GANGLIONNAIRES CERVICALES : 198 A

1° Cas où la tumeur primitive est découverte après la première hospitalisation :

OBSERVATION N° 1 : M... Etienne (n° 267-48), 20 ans.

Date de la consultation : 20-4-1948.
Début : 1 an, par l'apparition d'une A.D.P. cervicale droite.
S.F. = céphalées, amaigrissement.
Les adénopathies : bilatérales :
— à droite : sous et rétro-angulo-maxillaire, H = 9 cm, L = 6 cm ;
— à gauche : châtaigne, dure, sensible.
L'examen O.R.L. = négatif ; bilan général = négatif.
Histologie : E.O.A. spino-cellulaire.
Traitement : irradiation : 6.000 r. Diminution de volume des adénopathies.
Le 20-9-1948 : découverte d'un E.O.A. du cavum ; délai : 5 mois.
Le 12-1-1949 : nasonnement de la voix. L'examen O.R.L. montre la paroi postérieure du cavum qui fait saillie, sans ulcération.
Le 23-10-1949 : décédé.

OBSERVATION N° 2 : C... Lucienne (n° 964-58), 16 ans.

Date de la consultation : 19-11-1958.
Début : 6 mois, par A.D.P., noix, après une otite.
Histologie : E.O.A. indifférencié.
L'adénopathie : cervicale haute, œuf de poule, adhérente à cicatrice de biopsie et au plan profond, indolore.
Examen O.R.L. et bilan général : R.A.S.

Traitement : cobaltothérapie : 6.100 r en 8 semaines. Résultat : disparition A.D.P. Bon E.G.

Le 14-11-1959 : examen O.R.L. : végétations dans le cavum. Biopsie : carcinome épidermoïde peu différencié.

Traitement : irradiation du cavum et A.D.P. Disparition des végétations et A.D.P. Bon E.G.

Le 25-10-1960 : E.G. altéré ; dysphagie ; douleurs. Examen O.R.L. : voile refoulé vers le bas et perforé. Traitement : cobaltothérapie palliative. Décédée.

Observation N° 3 : M^me^ B..., née G... Raymonde (n° 125-57), 36 ans.

Date de la consultation : le 12-2-1957.

Début : 5 mois par A.D.P. jugulaire gauche.

Histologie (biopsie) : carcinome anaplasique.

L'adénopathie : jugulaire, pluri-ganglionnaire, œuf de pigeon.

L'examen O.R.L. : négatif, en dehors d'un noyau thyroïdien souple depuis deux ans.

L'examen général : négatif.

Traitement : irradiation cobaltothérapie : 13.200 r. Disparition de l'A.D.P.

Revue tous les mois : considérée comme cliniquement guérie.

Le 5-10-1960 : baisse de l'acuité auditive, amaigrissement. Examen O.R.L. : croûtes purulentes dans le cavum ; biopsie : carcinome épidermoïde anaplasique du cavum, situé sur la moitié antérieure du bourrelet tubaire gauche.

Perdue de vue.

Observation N° 4 : B... Antoine (n° 885-60), 47 ans.

Date de la consultation : le 3-8-1960.

Début : 3 ans, par A.D.P. cervicale droite indolente.

Dans les antécédents, on note : père mort d'un cancer du foie, une sœur décédée d'une leucémie.

L'adénopathie : jugulaire moyenne, H = 5 cm, L = 3 cm, ferme, bosselée, indolente, isolée.

L'examen O.R.L. est négatif, ainsi que le bilan général.

L'histologie : carcinome épidermoïde peu différencié.

7-10-1960 : l'examen révèle un petit nodule thyroïdien à la partie inférieure du lobe gauche.

En outre, on note : opacité pulmonaire médiastinale supérieure (bronchoscopie et cyto-diagnostic négatifs), une métastase cérébrale.

19-11-1960 : décédé par collapsus. Evolution rapide de la métastase cérébrale.

Observation N° 5 : A... Emile (n° 444-57), 55 ans.

Date de la consultation : le 4-6-1957.

Début : 2 mois.

Dans les antécédents : un frère décédé d'un cancer du poumon, le père décédé d'un cancer de la langue.

L'adénopathie : jugulo-carotidienne droite ; H = 11 cm, L = 8 cm, fixée en profondeur.

Examens O.R.L. et général : négatifs.

Histologie : carcinome épidermoïde spino-cellulaire.

Traitement : irradiation, 8.800 r ; résultat : disparition du paquet ganglionnaire.

Revu tous les mois, après tous les trois mois pendant un an et demi.

Le 8-6-1959 : otorragie droite.

10-6-1959 : découverte dans la paroi inférieure du conduit auditif externe droit, à 2 cm de profondeur, d'une lésion végétante ulcérée. Biopsie : carcinome épidermoïde différencié.

Le C.A.C. de Marseille lui propose un traitement chirurgical : refus du malade.

Le 4-11-1961 : sa femme, guérie d'un néoplasme du sein, nous donne de ses nouvelles : traité au C.A.C. de Lyon par cobaltothérapie. Va bien.

Observation N° 6 : M... Pierre (n° 812-56), 62 ans.

Date de consultation : le 2-10-1956.
Début : 2 mois.
L'adénopathie : sous et rétro-angulo-maxillaire gauche, mobile.
Examen O.R.L. et bilan général : négatifs.
Histologie : carcinome malpigien épidermoïde spino-cellulaire.
Traitement : évidement ganglionnaire.
Janvier 1958 : nouvelle A.D.P. Irradiation : 4.000 r.
Février 1959 : nouvelle A.D.P. Nouvelle exérèse ; nouvelle irradiation.
Avril 1959 : examen O.R.L. systématique : petit E.O.A. de la fossette sus-amygdalienne, vérifié par biopsie ; traitement : cobaltothérapie.
DCD le 25-12-1960.

Observation N° 7 : M... José (n° 247-49), 66 ans.

Date de la consultation : 20-4-1949.
Début : 6 ans, par petite A.D.P., qui augmente de volume progressivement.
L'adénopathie : aspect non néoplasique d'une A.D.P. angulo-maxillaire droite, mobile sur la peau et le plan profond, indolore. E.G. conservé.
Examen O.R.L. et bilan général : R.A.S.
Histologie : E.O.A. malpighien spino-cellulaire.
Revu en 1953 : grosse tumeur cervicale angulo-maxillaire et découverte d'une ulcération néoplasique amygdalienne. Biopsie : E.O.A. spino-cellulaire.

Observation N° 8 : L... Albert (n° 253-47), 63 ans.

Date de la consultation : le 19-4-1947.
Début : 10 mois. L'examen médical met en évidence une A.D.P. cervicale gauche qui ne grossit pas.
Antécédents : éthyl - tabac.
L'adénopathie : carotidienne, petit œuf, H = 6 cm, L = 3 cm, ferme, indolore, fixée en profondeur.
Examen O.R.L., bilan général : R.A.S.
Traitement : irradiation : 8.500 r. Résultat : baisse sensible de l'A.D.P.
Revu le 26-6-1947 : sillon glosso-épiglotique gauche, muqueuse granuleuse. Biopsie : E.O.A. spino-cellulaire.
Décédé le 13-9-1948.

Observation N° 9 : P... Antoine (n° 511-47), 46 ans.

Date de la consultation, le 22-8-1947.
Début : 4 mois ½, par A.D.P. cervicale gauche, qui augmente progressivement, indolente.
Antécédents : éthyl - tabac.
L'adénopathie : sous et rétro-angulo-maxillaire volumineuse, profonde ; H = 6 cm, L = 5 cm, mobile, dure.
Examen O.R.L. : négatif, bilan général : R.A.S.
Histologie : non pratiquée.
Sort sans traitement, mais reçoit : 12.000 r en ville.
Revu le 24-12-1947 : gros ganglion gauche : H = 8 cm, L = 6 cm, fluctuant. L'examen O.R.L. met en évidence une induration de la taille d'une amande sur la langue, à l'insertion du pilier antérieur et en arrière de lui.
Traitement : aiguillage le 21-1-1948.
Décédé en juin 1948, d'évolution.

Observation N° 10 : B... Joseph, 47 ans.

Date de la consultation, le 25-8-1949.
Début : 15 jours, par A.D.P. cervicale droite, bas située, qui a grossi dans l'espace de huit jours.
Antécédents : éthyl - tabac.

L'adénopathie : sous-angulo-maxillaire, de volume d'une olive, au niveau de la bifurcation carotidienne.

Examen O.R.L. : léger épaississement de la face laryngée de l'épiglotte sous une muqueuse normale. Radio du larynx : aspect normal.

Histologie : E.O.A. spino-cellulaire.

Traitement : irradiation : 2.500 r. Régression. Sort.

6-2-1950 : revient avec A.D.P. carotidienne droite, œuf de pigeon.

L'examen O.R.L. est normal.

Traitement : exérèse du ganglion cervical. Puis irradiation : 6.000 r. Cicatrice en bon état. Sortant.

6-6-1951 : Nouvelle hospitalisation pour douleur à la moitié droite de la face et A.D.P. retro-angulo-maxillaire. L'examen O.R.L. : infiltration ary-épiglottique et aryténoïde droit, masquant le sinus pyriforme et l'endolarynx droit qui est bloqué. La muqueuse n'est pas ulcérée. Laryngoscopie directe : biopsie du sinus pyriforme droit : E.O.A. spino-cellulaire.

Traitement : irradiation : 13.000 r.

Le 27-10-1951 : ne se présente plus.

Observation N° 11 : R... Antonin (n° 911-56), 49 ans.

Date de la consultation : le 17-11-1956.

Début : 6 mois.

Antécédents : éthyl-tabac.

L'adénopathie : angulo-maxillaire gauche, mandarine dure, adhérente au plan profond, mal limitée, indolore.

Examen O.R.L. et bilan général : R.A.S.

Histologie : E.O.A. spino-cellulaire.

Traitement : irradiation.

3 mois plus tard : examen O.R.L. : découverte d'un E.O.A. du sinus pyriforme gauche.

Perdu de vue.

Observation N° 12 : V... Jean (n° 294-57), 58 ans.

Date de la consultation : le 10-4-1957.

Début : 1 an, par A.D.P. latéro-cervicale gauche.

Antécédents : tabac-éthyl.

L'adénopathie : retro-angulo-maxillaire gauche, dure, assez régulière, fixée en profondeur et à la peau, H = 7 cm, L = 6 cm.

L'examen O.R.L. : R.A.S.

Radio pulmonaire : hile gauche un peu gros. Bronchoscopie négative, cytologie : P1.

Histologie : cyto-diagnostic = P5 ; E.O.A. malpighien spino-cellulaire.

Traitement : évidemment ganglionnaire (25-4-1957). Cicatrisation normale.

Revu à la consultation avancée de Toulon : tous les 2 mois : E.G. excellent, cicatrice en parfait état ; examen O.R.L. : R.A.S. Travaille.

Le 24-6-1960 : l'examen O.R.L. montre, à gauche, l'extrémité du bord supérieur de l'épiglotte épaisse d'un demi-centimètre, surface finement irrégulière, biopsiée. A droite le bord libre du pilier antérieur est granuleux, biopsié.

A droite, petite A.D.P., amande, très dure, difficile à isoler de la bifurcation carotidienne.

Les biopsies sont positives.

Traitement : irradiation : 6.200 r. A.D.P. réduite de volume. Les piliers antérieur droit et postérieur gauche sont normaux et souples. L'épiglotte reste un peu épaissie.

Revu tous les deux mois : est cliniquement guéri.

Le 20-9-1961 : depuis 15 jours ganglion jugulaire droit, dur, de 3 cm × 2 cm ; oropharynx cicatrisé avec léger œdème du versant antérieur de l'épiglotte.

Le 10-10-1961 : évidement cervical droit. Sort bien cicatrisé.

Le 17-1-1962 : Pli pharyngo-laryngé infiltré, sphacélique.

Le 6-2-1962 : Pharyngo-laryngectomie totale.

Revu le 20-6-1962 : Bien cicatrisé. Bon E.G.

Observation N° 13 : L... Ferdinand (n° 421-50), 82 ans.

Date de la consultation : le 10-6-1950.
Début : 2 mois.
L'adénopathie : cervicale droite, mandarine, dure, douloureuse, polynodulaire, peu mobile.
Se plaint d'une légère dysphagie, douleurs temporales et faciales gauches.
Examen O.R.L. et bilan général infructueux.
Histologie : E.O.A. anaplasique.
Traitement : irradiation : 6.000 r.
Le 4-8-50 : opacité de la base gauche paraissant intéresser la lingula. Probablement néoplasie broncho-pulmonaire avec atélectasie de la lingula.
Décédé le 7-10-1950.

Observation N° 14 : B... Albert (n° 989-57), 55 ans.

Date de la consultation : 19-10-1957.
Début : 2 mois par A.D.P. spinale gauche, mobile. En septembre, A.D.P. multiples contro et homo-latérales. Anorexie et douleurs.
Les adénopathies : sus-claviculaires droite et gauche fixées ; carotidiennes bilatérales plus volumineuses.
L'examen O.R.L. négatif.
Radio thoracique : opacité antérieure, latéro-trachéale et hilaire droite. Tomos : volumineuses A.D.P. hilaires droite et gauche : comblement du sinus. Bronchoscopie : lobe supérieur gauche comprimé.
Histologie : E.O.A. cylindrique d'origine digestive probable.
Traitement : P32, E39, Caryolysine.
Le 9-1-1958 : radio de l'estomac : petite niche suspecte bulbaire.
Décédé le 13-3-1958.

Observation N° 15 : K... Seta (n° 865-59), 71 ans.

Date de la consultation : 26-8-1959.
Début : 4 mois.
L'adénopathie : rétro et sous angulo-maxillaire gauche, 5 cm × 6 cm ; dure, mobilité réduite.
Examen O.R.L. et bilan négatifs.
E.O.A. spino-cellulaire.
Traitement : irradiation : 3.500 r. Stoppé car mauvais E.G. et métastase hépatique.
Le 12-9-1959 : examen cytologique des urines : P5. E.O.A. épidermoïde de la vessie.
Décédé le 3-10-1959.

Observation N° 16 : P..., née T... Emma (n° 139-55), 58 ans.

Date de la consultation : le 19-2-1955.
Début : juin 1950 par A.D.P. cervicale droite biopsiée (E.O.A. spino-cellulaire) ; traitée par irradiation (C.A.C. de Montpellier). En 1952, puis en 1953, enfin en 1954 : nouvelles localisations ganglionnaires, traitées par radiothérapie.
L'adénopathie : sus-claviculaire gauche, diffuse, 8 cm × 5 cm.
sus-claviculaire droite, mobile, gros ganglion axilaire droit.
L'examen O.R.L. est négatif, mais le corps thyroïde montre à la palpation un lobe droit nodulaire, scléreux, dur.
Radio thoracique : comblement du cul de sac gauche. Ponction : hématique ; cytologie : E.O.A. dont l'origine est à peu près certainement cylindrique glandulaire.
Histologie (ganglion) : E.O.A. dont il est impossible de préciser la nature.
Traitement : I.R.A. puis au 198 intra-pleural.
Décédé le 8-5-1955.

2° Cas où la tumeur primitive n'est pas trouvée :

Observation N° 17 : B... Joseph (n° 686-48), 54 ans.

Date de la consultation : 29-9-1948.
Début : 2 mois par A.D.P. qui augmente de volume.
L'adénopathie : angulo-maxillaire gauche, abricot, fixée avec otalgie.
Examen O.R.L. et bilan négatifs.
Histologie : E.O.A. spino-cellulaire.
Traitement : irradiation : 16.000 r. Bon E.G. Etat local parfait.
Revu en : 1952, 1953, 1954, 1955 : état satisfaisant.
26-1-1956 : E.G. conservé, état local parfait. O.R.L. : ulcération de la face postérieure du cavum, mais sort après un bilan entièrement négatif (2 biopsies).
Revu pour la dernière fois en juillet 1958 : toujours en vie.

Observation N° 18 : K... Mohamed (n° 360-52), 27 ans.

Date de la consultation : 31-5-52.
Début : imprécis.
Entre avec cicatrice de biopsie sous-maxillaire droite.
Histologie : E.O.A. spino-cellulaire.
Revu en octobre 1953 : radio du maxillaire montre une opacité arrondie, pois, du sinus maxillaire droit, d'origine endosinusale, mais non néoplasique.
Pendant l'été 1953 : troubles cérébraux.
Juillet 1954 : A.D.P. sous et rétro-angulo-maxillaire. Examen O.R.L. : R.A.S.
Traitement : irradiation : 9.000 r. Disparition de l'A.D.P.
27-1-1960 : toujours vivant, en clinique psychiatrique.

Observation N° 19 : B... Jeanne (n° 364-57), 90 ans.

Date de la consultation : 6-5-1957.
Début : 6 mois par petite tumeur parotidienne droite.
L'adénopathie : volumineuse tumeur ganglionnaire latéro-cervicale droite, sous parotidienne, H = 9 cm ; L = 7 cm.
Examen O.R.L. : négatif ; frottis et biopsie du cavum : négatifs ; bilan thoracique infructueux.
Histologie : E.O.A. anaplasique.
Traitement : irradiation : 8.500 r. ; bon résultat.
Revue le 22-7-1960 : guérison complète.
Le 28-8-1961 : non décédée.

Observation N° 20 : G... René (n° 752-59), 47 ans.

Date de la consultation : 22-7-1959.
Début : 3 mois.
Antécédents : tabac, éthyl.
L'adénopathie : carotidienne droite, volumineuse, H = 14 cm, L = 8 cm ; mobilité relative sur le plan profond.
Examen O.R.L. et bilan infructueux.
Histologie : E.O.A. anaplasique.
Traitement : évidement cervical droit ; bonnes suites locales. Pièce : métastase ganglionnnaire avec invasion veineuse patente. Puis irradiation post opératoire : 5.600 r. ; bonne cicatrisation.
Revu tous les mois.
Le 6-7-1960 : volumineuse A.D.P. axillaire droite, mobile, 6 cm de diamètre, chaîne mammaire externe. Bilan O.R.L., thoracique (mammographies) : R.A.S. On pense à un nœvo-carcinome achromique.
Evidement axillaire droit. Bons résultats locaux ; pièce : carcinome anaplasique.
Télécobalt post-opératoire, qui n'est pas poursuivi en raison de la désunion de la cicatrice.
Revu tous les mois.
Le 17-1-1962 : toujours R.A.S.

Observation N° 21 : C... Ambroise (n° 1013-58), 48 ans.

Date de la consultation : 3-12-1958.
Début : 3 mois.
L'adénopathie : carotidienne droite, cliniquement néoplasique.
Examen O.R.L. et bilan négatifs.
Cervicotomie exploratrice : E.O.A. spino-cellulaire peu différencié rappelant le cavum.
Traitement : curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire droit avec exérèse du pôle inférieur de la parotide, puis télécobalt : 5.400 r. ; bien supporté.
Revu tous les mois ; puis tous les 2 mois : R.A.S.
Dernière visite : 20-4-1962 : cliniquement guéri.

Observation N° 22 : A... Marcelle, 59 ans.

Date de la consultation : 14-11-1961.
Début : 5 mois.
L'adénopathie : jugulaire moyenne gauche ; 3 masses du volume d'une prune ; peau adhérente.
Examen O.R.L. et bilan négatifs.
Histologie : E.O.A. glandulaire d'origine probablement mammaire (mammographies négatives).
Traitement : irradiation : 6.500 r.
Revue : en mars 1962 : bon état local et général ; examen O.R.L. et mammaire négatifs.

Observation N° 23 : G... Bienvenu, 56 ans.

Date de la consultation : 10-2-1962.
Début : 8 mois.
Antécédents : éthyl, tabac.
L'adénopathie : jugulaire moyenne, H = 7 cm × 5 cm ; cicatrice de biopsie.
Examen O.R.L. et général négatifs.
Histologie : carcinome indifférencié.
Traitement : évidement cervical conventionnel et télécobalt post-opératoire : 6.100 r.
Revu le 16-6-1962 : E.G. conservé.

Observation N° 24 : B... Yves, 33 ans.

Date de la consultation : 13-3-1962.
Début : 3 mois.
L'adénopathie : cervicale droite, cicatrice de biopsie.
Examen O.R.L. et bilan négatifs.
Histologie : carcinome épidermoïde peu différencié.
Traitement : Télécobalt : 7.350 r. Persiste une induration.

Observation N° 25 : Q... François, 61 ans.

Date de la consultation : 9-5-1962.
Début : 7 mois, par nodule cervical droit ; en janvier 1962, biopsie cervicale : carcinome épidermoïde ; en février 1962 : monobloc cervico-thyroïdien car goitre + 198 A.
L'adénopathie : cicatrice scléreuse, non suspecte.
Bilan cervico-facial, clinique, radiologique, endoscopique : négatifs. Bilan général : R.A.S.
6-6-1962 : hydrocèle ponctionnée : cytologie P.O. ; testicule ne paraît pas anormal ; U.I.V. non suspecte.
Le 5-9-1962 : R.A.S.

Observation N° 26 : G... Marius (n° 536-54), 55 ans.

Date de la consultation : le 26-6-1954.

Début : 3 mois.

L'adénopathie : sus-claviculaire droite, à augmentation lente de volume, dure, arrondie, mobile.

Examens O.R.L. et général : R.A.S.

Traitement : ablation large : E.O.A. indifférencié ;
radiothérapie post-opératoire : 3.000 r.

Ne se présente plus à partir du 15-9-1954.

Revu le 6-11-1958 : E.G. satisfaisant.

Le 6-5-1962 : non décédé.

Observation N° 27 : B... Maurice, 52 ans.

Date de la consultation : le 6-4-1958.

Début : 3 ans, par A.D.P. cervicales gauches multiples, à poussées épisodiques.

Antécédents : tuberculose pulmonaire, orchiépididymite opérée, néphrectomie pour tuberculose rénale. En 1948, lésion glosso-épiglottique tuberculeuse.

Les adénopathies : pré et rétro-vasculaires gauches, adhérentes au plan profond.

Examen O.R.L. : négatif ; bilan infructueux.

Histologie : E.O.A. spino-cellulaire.

Traitement : télécobalt : 7.000 r.

Les 17-3-1960 : nouvelle A.D.P. sus-claviculaire gauche. Traitement : 9.000 r. ; induration cicatricielle.

Le 21-4-1961 : non décédé.

Observation N° 28 : L... Béatrice (n° 91-47), 24 ans.

Date de la consultation : le 5-3-1947.

Début : 3 mois.

L'adénopathie : volumineuse masse de la région sus-claviculaire gauche, se prolongeant vers la partie latérale du cou, dure, multilobée, adhérente au plan profond. En outre, petite A.D.P. axillaire.

Examens O.R.L. et général : R.A.S. en dehors d'une ombre médiastinale bien limitée sur la radio thoracique.

Histologie : E.O.A. cylindro-cubique rappelant la glande mammaire (mammographies normales).

Traitement : 15.000 r. Résultat : petits noyaux résiduels, mobiles, sus-claviculaires et cervicaux inférieurs.

Le 20-10-1947 : apparition d'une A.D.P. droite cervicale basse et sus-claviculaire gauche qui augmentent rapidement de volume.

Traitement : 2.750 r : baisse des A.D.P. cervicales et sus-claviculaire. Traitement interrompu pour radiodermite.

Le 13-10-1948 : pas de disparition totale des A.D.P. Enceinte de 4 mois.

Le 13-12-1948 : perdue de vue.

Décédée début 1949.

Observation N° 29 : S..., née B... Gabrielle (n° 566-47), 70 ans.

Date de la consultation : 18-9-1947.

Début : 18 mois par augmentation rapide d'une A.D.P. de la grosseur d'une bille, datant de 1939, et étiquetée tuberculose silencieuse.

L'adénopathie : cervicale droite, abricot, adhérente ; deux ulcérations cratériformes après ponctions.

Examen O.R.L. et bilan : R.A.S.

Traitement : irradiation : 5.500 r. ; amélioration locale.

Le 5-6-1948 : nouvelle A.D.P. plus basse. Traitement : irradiation (2.500 r) ; petit noyau résiduel. E.G. amélioré.

Le 28-2-1950 : évolue toujours.

Le 4-6-1951 : décédée.

Observation N° 30 : C... Aloïs (n° 447-48), 59 ans.

Date de la consultation : 4-6-1948.

Début : 1 an par petit ganglion latéro-laryngé, traité par massages. U.V. en 1947. Ce traitement fait augmenter le volume de la tumeur.

En août 1947 : biopsie-exérèse ; en février 1948 : réapparition de la tumeur en arrière de la cicatrice ; grossit rapidement.

L'adénopathie : droite, œuf, allongée, prolongeant la région mastoïdienne ; sur cette tumeur, on isole deux ganglions durs mobiles, l'un sous le gonion, l'autre au pôle inférieur.

Examen O.R.L. : paralysie récurrentielle gauche.

Radio pulmonaire : image de tuberculose fibro-caséeuse dans la moitié supérieure de l'hémiplage gauche (B.K. : +). Mammographies négatives.

Histologie : E.O.A. cylindrique, évoquant un néoplasme mammaire.

Traitement : irradiation : 11.500 r ; apparition en cours de traitement d'une A.D.P. sus-claviculaire gauche.

Décédé le 20-1-1949.

Observation N° 31 : F... Jean (n° 258-53), 70 ans.

Date de la consultation : 8-4-1953.

Début : 5 ans.

L'adénopathie : sous-angulo-maxillaire gauche, orange, ulcérée à sa partie la plus saillante.

Examen O.R.L. : négatif ; radio pulmonaire : lâcher de ballon bilatéral, avec épanchement dans le cul-de-sac pleural gauche.

Histologie : E.O.A. cylindrique trabéculé, à disposition acineuse (prostate, rein, poumon, digestif).

Traitement : 3.000 r.

Décédé le 27-7-1953.

Observation N° 32 : L... Emile (n° 759-53), 54 ans.

Date de la consultation : 10-10-1953.

Début : 1 mois.

L'adénopathie : sus-claviculaire droite, multilobulaire.

Examen O.R.L. et bilan : négatifs.

Histologie : E.O.A. très indifférencié, peut-être pulmonaire (bronchoscopie et cytologie négatives).

Traitement : refusé.

Décédé le 11-1-1954.

Observation N° 33 : P... Augusta (n° 854-56), 48 ans.

Date de la consultation : 16-10-1956.

Début : 20 mois.

Adénopathie : latéro-cervicale droite, 7 cm × 5 cm, dure, fixée, adhérente. Traitée antérieurement par irradiation (1955).

Examen O.R.L. et bilan : R.A.S. - U.I.V. : volumineux calcul vésical.

Histologie : E.O.A. à cellules claires, évoquant un cancer du rein, ou E.O.A. malpigien de type hypernéphroïde.

Traitement : P 32 (4 m c).

Revue en janvier 1957 : R.A.S.

Perdue de vue.

Observation N° 34 : C... Odette (n° 164-56), 22 ans.

Date de la consultation : 26-2-1956.

Début : 2 ans.

L'adénopathie : volumineuse, jugulaire droite, dure, adhérente, avec paralysie du X11. Traitée antérieurement par irradiation.

Examen O.R.L. : négatif ; bilan : négatif ; I.R.A. : insuffisance thyroï-

dienne ; cartographie : fixation légèrement supérieure à droite, mais aucune fixation au niveau de l'A.D.P.

Histologie : E.O.A. glandulaire.

24-7-1956 : perdue de vue.

Observation N° 35 : C... Michel (n° 95-59), 67 ans.

Date de la consultation : le 14-2-1959.

Début : 7 mois.

L'adénopathie : cervicale gauche, énorme.

Examen O.R.L. : R.A.S. ; bilan : R.A.S.

Examen O.R.L. : R.A.S. ; bilan : R.A.S.

Histologie : carcinome anaplasique à petites cellules, évoquant une néoplasie broncho-pulmonaire, mais radio du thorax, bronchoscopie négatives et cytologie pulmonaire reste P2.

Traitement : irradiation : 7.500 r (rœntgenthérapie), puis télécobalt : 2.600 r. Essai de la caryolysine sans résultat.

Décédé le 24-9-1959.

Observation N° 36 : M... Lucien (n° 930-59), 48 ans.

Date de la consultation : 16-4-1959.

Début : 1 mois.

L'adénopathie : sus-claviculaire gauche, dont la biopsie-exérèse est faite : E.O.A. seminifère.

Examen macroscopique génital : R.A.S. ; cytologie : négative. Examens hormonaux : négatifs. On trouve seulement une métastase lombaire.

Traitement : télécobalt : 7.000 r en un mois, sur la région lombaire. Sur l'A.D.P., pas d'irradiation en raison d'une forte leucopénie.

Décédé le 15-8-1959.

B. — METASTASES GANGLIONNAIRES AXILLAIRES : 198 D

1° Cas où la tumeur primitive est découverte après la première hospitalisation :

Observation N° 37 : B... Emma, 67 ans.

Date de la consultation : juillet 1958.

Début : 4 mois, par adénopathie axillaire droite.

Bilan : infructueux ; mammographies : aspect normal.

Traitement : adénectomie ; examen histologique de la pièce : métastase et œstrogénothérapie.

En décembre 1959 : après arrêt de tout traitement, nouvelle A.D.P. axillaire du même côté. Mammographies : R 3. Exérèse-biopsie : métastase d'un E.O.A. mammaire. Œstrogénothérapie.

En février 1961 : mammographies : R 5 ; œstrogénothérapie.

Revue en septembre 1961 : en bonne santé. Depuis, perdue de vue.

Observation N° 38 : S... Marie-Louise, 51 ans.

Date de la consultation : 17-10-1961.

Début : 9 mois.

L'adénopathie : gros glanglion anxillaire gauche, poix fixé, avec adénomégalie sus-claviculaire, olive. En outre, sous le pectoral et sous la clavicule, ganglions palpables.

Bilan négatif : sein : pas de tumeur palpable, pas de déformation ; mammographies : R.O. ; frottis : négatif ; thorax : I.T.N. Examen O.R.L. : R.A.S.

Histologie : carcinome glandulaire.

Traitement : irradiation : 7.000 r. Les ganglions ont pratiquement disparu.

Le 17-1-1962 ; nouveau cliché du sein, qui montre le développement d'une

opacité tumorale dans le quadrant supéro-externe. Cliniquement, on retrouve une induration diffuse du quadrant supéro-externe du sein gauche.

Traitement : irradiation mammaire : 8.000 r.

Revue le 11-8-1962 : induration persistante. Pas d'A.D.P.

2° Cas où la tumeur primitive n'est pas trouvée :

Observation N° 39 : A... Louis (n° 497-53), 63 ans.

Date de la consultation : 25-6-1953.

Début : 6 mois, par ganglion solitaire du volume d'une bille, qui a grossi progressivement. Volume d'un œuf en mars 1953, où intervention. L'examen histologique : métastase d'un E.O.A. spino-cellulaire.

L'adénopathie : cicatrice d'évidement de 12 cm, ulcérée et saignante, avec empâtement sous-jacent.

Bilan négatif, mais présence dans l'aisselle d'éclats datant d'une blessure de guerre survenue en 1914. Problème médico-légal : est-ce un cancer développé sur une inclusion épidermoïde secondaire à une blessure de guerre ?

Traitement : irradiation : 8.500 r. ; régression légère des lésions ; E.G. conservé, mais asthénie. Perdu de vue.

Observation N° 40 : R..., née P... Marie (n° 978-55), 60 ans.

Date de la consultation : 24-11-1955.

Début : 1 mois ½, par A.D.P. axillaire gauche à la suite d'un trauma local léger.

L'adénopathie : gros ganglion de la chaîne mammaire externe, mobile.

Bilan négatif.

Histologie (biopsie-exérèse large) : métastase ganglionnaire d'un E.O.A. spino-cellulaire.

On pense à une origine mammaire, malgré mammographies R O.

Traitement : irradiation : 16.250 r ; nodule cicatriciel partie antéro-inférieure de l'aisselle gauche.

Revue tous les mois : E.G. excellent ; seins : R.A.S. ; A.D.P. cicatricielle.

Le 11-10-1956 : intervention exploratrice avec ablation de l'arrière zone opératoire, de la peau adjacente, du bord inférieur du pectoral, avec axillotomie et mammotomie. Extemporanée négative ; histologie négative.

Le 25-5-1957 : mammographies R 3, sans traduction clinique.

Le 22-10-1959 : mammographies : petite image stellaire : calcification bénigne.

Le 21-4-1962 : guérison vérifiée.

Observation N° 41 : M..., née M... Marie (n° 888-58), 66 ans.

Date de la consultation : 30-10-1958.

Début : 1 mois ½.

Antécédents : ménopause à 36 ans.

L'adénopathie : axillaire droite ; petite A.D.P. sus-claviculaire.

Bilan négatif.

Histologie : carcinome épidermoïde intermédiaire.

Traitement : irradiation : 3.600 r ; disparition des A.D.P.

Suivie à Bastia : tous les trois mois.

Le 14-11-1961 : métastases pulmonaires bilatérales.

Le 19-12-1961 : bon E.G., malgré métastases pulmonaires ; traitement : œstrogènes.

C. — METASTASES GANGLIONNAIRES INGUINALES : 198 E

Observation N° 142 : G..., née G... Dolorès (n° 643-50), 61 ans.

Date de la consultation : 29-8-1950.

Début : 10 mois.

L'adénopathie : droite, ulcérée, avec œdème du membre inférieur.

Examen négatif, en dehors d'une tache nœvique, face externe de la jambe droite, mais qui n'évolue pas ; mélanurie négative.

Histologie : E.O.A. spino-cellulaire.

Traitement : irradiation : 6.000 r ; amélioration locale.
Décédée le 22-5-1951.

Observation N° 43 : M..., née I... Ernestine (n° 1079-58), 57 ans.

Date de la consultation : 22-12-1958.
Début : 6 mois, par artérite diabétique des membres inférieurs ; amputation de la jambe gauche, avec curage ganglionnaire de la jambe droite pour tuméfaction, orange, apparue sans inquiéter la malade.
L'adénopathie : énorme ; H = 17 cm, L = 15 cm.
Bilan négatif.
Histologie : E.O.A. indifférencié (nœvo-carcinome achromique ?)
Traitement : P 32.
Le 20-1-1959 : E.G. mauvais, état local aggravé par le diabète.
Décédée le 2-8-1959.

Observation N° 44 : G... Dolorès, 62 ans.

Date de la consultation : 20-1-1961.
Début : 1 an, par tumeur inguinale droite ; opérée il y a un an, suivie de 15 séances de radiothérapie ; de nouveau : 15 séances il y a un mois.
L'adénopathie : inguinale droite, ulcérée, 14 cm × 8 cm, très inflammatoire ; cicatrice de 11 cm, infiltrée ; gros membre inférieur droit (9 cm de différence avec le gauche).
Bilan négatif.
Histologie : E.O.A. glandulaire.
Traitement : 7.000 r.
Le 17-1-1962 : bon état local et général.

Observation N° 45 : F... Jean, 25 ans.

Date de la consultation : 15-1-1962.
Début : 2 mois ½, par A.D.P. inguinale gauche puis droite.
Antécédents : ectopie testiculaire.
Les adénopathies : cicatrice de biopsies ; au-dessous, œuf de pigeon, mobile, indolore.
Bilan : U.I.V. : hydronéphrose gauche par compression de l'uretère gauche. Testicule gauche : scléro-atrophique, mais non suspect.
Histologie : E.O.A. indifférencié.
Traitement : irradiation : 6.150 r ; disparition des A.D.P.
Revu pour la dernière fois : le 9-8-1962 : bon état local et général.

Observation N° 46 : F... Nello, 58 ans.

Date de la consultation : 18-6-1962.
Début : 4 mois, par A.D.P. inguinale gauche du volume d'une bille ; biopsiée.
L'adénopathie : cicatrice de 5 cm ; sous elle, un petit ganglion, olive.
Bilan négatif.
Traitement : irradiation : 6.500 r ; bon état local et général.

Observation N° 47 : D... Gilda, 59 ans.

Date de la consultation : 6-8-1962.
Début : 18 mois.
L'adénopathie : supéro-interne droite, 9 cm × 6 cm, ferme.
Bilan négatif.
Histologie : métastase ganglionnaire du carcinome indéterminé ; hypothèse : épidermoïde, nœvo-carcinome achromique, cancer rénal.
Traitement : évidement ganglionnaire.
En janvier 1962 : apparition d'un œuf de pigeon mammaire externe gauche ; mammographies R 0.
Traitement : évidement axillaire simple ; vérification de l'intégrité mammaire ; œstrogénothérapie cependant.
En juillet 1962 : nodule inguino-abdominal superficiel gauche ; exérèse : E.O.A. cylindrique glandulaire.
Décédée le 2-9-1962.

LES DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

I. - L'AGE

L'âge de nos malades se situe entre 16 et 90 ans. Ils se répartissent de la manière suivante :

10 à 19 ans	2
20 à 29 ans	5
30 à 39 ans	6
40 à 49 ans	12
50 à 59 ans	30
60 à 69 ans	35
70 à 79 ans	11
80 ans et plus	7

Ceci posé, nous pouvons tout au plus remarquer que les atteintes ganglionnaires cliniquement primitives d'origine métastatique ne sont pas rares chez les jeunes, et que chez eux, en matière de cancer, il faut penser à la thyroïde et au cavum (observations n° 1 et n° 2) devant une adénopathie cervicale.

La plus grande partie de nos malades ont entre 50 et 70 ans, loi générale de la cancérologie.

II. - LE SEXE

Nous avons un plus grand nombre d'hommes : 82 pour 25 femmes. Ceci se conçoit puisque l'atteinte la plus fréquente est cervicale et que cette région est le lieu d'élection des cancers masculins (cancers aéro-digestifs supérieurs).

Mais en contrepartie les localisations inguinales sont plus « féminines » : 7 femmes sur 11 adénopathies inguinales. Il en est de même des ganglions axillaires : 4 femmes sur 5 adénopathies axillaires. Ceci en raison probablement de la fréquence des carcinomes de la vulve et du sein.

III. - LES ANTÉCÉDENTS

Il faut mentionner une certaine proportion d'éthyliques et de fumeurs : 37 malades sur 107. Mais il ne s'agit exclusivement que d'hommes porteurs d'adénopathies cervicales. Les cancers

de la sphène O.R.L. évoluent en effet sur un terrain généreusement alcoolisé.

Il est à remarquer, par ailleurs, que 3 de nos malades présentent une hérédité maligne ; 3 ont des antécédents tuberculeux ayant fait ou ayant pu faire errer le diagnostic d'adénopathie maligne ; enfin 2 ont subi une intervention évoquant une atteinte cancéreuse : une femme opérée pour une tumeur du sein, mais la biopsie était négative, et un homme prostatectomisé 5 ans auparavant, mais dont le bilan clinique, biologique et histologique réfute la nature néoplasique.

De cette étude, nous ne saurions tirer des enseignements ; tout au plus nous pouvons constater que nous avons affaire à une population très hétérogène.

LES DONNÉES ANAMNESTIQUES

I. - LES SIGNES QUI AMÈNENT LE MALADE A LA CONSULTATION

Généralement aucun signe subjectif ne vient donner l'alarme et ce n'est souvent que l'augmentation de volume rapide d'un ganglion indolent qui finit par inquiéter le malade. Celui-ci, d'ailleurs, en affirme l'apparition soudaine alors que l'adénopathie a pris déjà des dimensions appréciables (5 à 6 cm en moyenne).

88 de nos malades se trouvent dans ces conditions, soit 80 %. COMESS, BEAHRS et DOCKERTY obtiennent un taux de 60 %. Par contre, une seule fois le ganglion a été trouvé au cours d'un examen systématique (obs. n° 8) ; les Américains en présentent 8 cas.

Donc, dans 25 cas, le début a eu une traduction clinique subjective. Ces complaintes sont variables : céphalées, amaigrissement, algies diffuses, asthénie, anorexie, nausées, prurit, température, qui n'ont rien de pathognomonique ; dysphagie, algies faciales, dyspnée, enrouement, otalgies, trismus, plus spécifiques, mais qui en aucun cas n'ont pu être rattachés à une lésion locale.

Parmi ces 25 malades, 5 fois l'adénopathie s'est manifestée après un épisode infectieux : post-angineuse, ou post-otitique, ou post-grippale.

II. - LE DÉLAI PREMIER-SIGNE-EXAMEN

Le temps écoulé entre la découverte de l'adénopathie et le premier examen est de 15 jours à 10 ans (entre quelques jours et 20 ans pour COMESS).

En réalité, nous l'étudions plus loin, ce délai ne tient pas compte des examens ou traitements antérieurs, faits en dehors de notre contrôle. Mais dans la majorité des cas, le premier bilan est fait par le Centre Anticancéreux de Marseille.

COMESS, BEAHRS et DOCKERTY, qui ont étudié cette question, trouvent :

40 cas sur 103 dont le délai est de 3 mois.
37 : entre 3 et 24 mois.
6 : entre 2 ans 1/2 et 20 ans.
12 dont on ne connaît pas le début.
8 qui ne s'en souciaient pas.

Pour notre part, nous avons établi que la moitié de notre contingent a mis entre 15 jours et 5 mois pour venir consulter. Nos malades se répartissent ainsi :

Moins de 3 mois	24 %
Au cours du 3e mois	16 %
Entre 3 et 18 mois	41 %
Entre 18 mois et 5 ans	12 %
Plus de 5 ans (6 et 10 ans)	1,6 %
Indéterminés	5,5 %

Nous constatons qu'une proportion non négligeable de malades attendent trop longtemps avant de consulter. Il est vrai que certains d'entre eux ont déjà subi un premier traitement.

III. - LE TRAITEMENT ANTÉRIEUR

a) La biopsie

16 malades avaient été biopsiés, dont 4 biopsies-exérèses.

Ces malades ont attendu, cependant, entre 2 et 9 mois avant de subir un traitement.

Nous ne voyons pas l'intérêt d'une biopsie quand elle n'entraîne pas un traitement rapide, qu'il soit chirurgical ou radiothérapique. Les quelques dangers qu'elle fait courir, la cicatrice qu'elle peut ensemencer doivent ne pas faire différer le traitement. C'est pourquoi nous sommes partisans des interventions exploratrices avec extemporanee qui permettent de faire un bilan macroscopique et microscopique immédiat et de décider des indications en connaissance de cause. La biopsie est nécessaire, mais insuffisante sur le plan carcinologique, si on décide d'intervenir chirurgicalement. Le diagnostic histopahologique est un impératif, si on doit faire de la radiothérapie.

b) La radiothérapie

Nous relevons 13 observations, dans lesquelles le patient a été soumis à un traitement par irradiation.

Pour 6 seulement d'entre eux, nous avons connaissance du protocole thérapeutique suivi, de la date du traitement, des doses reçues.

Pour les 7 autres, nous ne savons rien des modalités du traitement, ni même si un diagnostic clinique et histologique a été établi avant les séances d'irradiation.

Nous sommes plus que réservés quant aux radiothérapies sans diagnostic précis préalable. Elles ignorent à la fois les connexions anatomiques exactes de la formation qui appelle la chirurgie et la radiosensibilité supposée qu'apporte l'histologie.

c) **Les autres traitements**

Ils sont variés :

— Antibiothérapie (Rimifon, Pénicilline, Streptomycine) : 5 observations.

— Ponctions : 2 observations.

— Incision pour phlegmon : 1 observation.

— Massages : 1 observation.

— Ultra-violet : 1 observation.

Ces traitements sont à éviter car non seulement ils sont inefficaces mais dangereux, en donnant une fausse sécurité.

L'antibiothérapie est acceptable dans la mesure où il y a facteur infectieux associé, mais elle n'est qu'un adjuvant.

En somme, cette étude nous a montré que 80 % des malades viennent consulter avec comme unique manifestation l'apparition d'une adénopathie indolore.

Aussi la plus grande partie d'entre eux ne s'en soucient que fort peu et viennent consulter avec un certain retard.

Bien plus, il arrive qu'un traitement n'ait déjà été institué

LES DONNÉES CLINIQUES

A. - LES MÉTASTASES GANGLIONNAIRES CERVICALES

Ce sont les plus nombreuses puisque nous en trouvons 91 sur 107 observations.

Nous les avons divisées en 2 groupes :

— Les cas où la tumeur primitive a pu être trouvée après la première hospitalisation : ceux que MARTIN et MORFIT appellent cas déterminés.

— Les cas où la tumeur primitive n'a pu être trouvée : les cas indéterminés des Américains.

1° Les cas déterminés

a) *Le siège de la tumeur primitive :*

Nous avons recueilli 16 cas qui se répartissent ainsi :

3 cavums (obs. n^{os} 1, 2, 3).
2 thyroïdes (obs. n^{os} 4 et 16).
2 amygdales (obs. n^{os} 6 et 7).
2 épiglottes (obs. n^{os} 8 et 12).
2 sinus pyriformes (obs. n^{os} 10 et 11).
1 base de langue (obs. n° 9).
1 conduit auditif externe (obs. n° 5).
1 poumon (obs. n° 13).
1 estomac (obs. n° 14).
1 vessie (obs. n° 15).

Dans une statistique récente (1957), COMESS, BEAHRS et DOCKERTY trouvent, sur un total de 103 malades, 42 cas déterminés dont : 11 thyroïdes, 7 cavums, 5 amygdales, 2 bases de langue, 1 plancher buccal, 1 sinus maxillaire, 1 conduit auditif externe, 1 œsophage cervical, 1 larynx, 2 estomacs, 3 poumons, 1 sein, 1 prostate, 1 vessie, 2 mélanosarcomes.

Par ailleurs, DARGENT et BLANCHET, en 1947, découvrent 20 tumeurs primitives sur 79 tumeurs apparemment primitives du cou d'origine épithéliale, parmi lesquelles : 4 arythénoïdes, 2 bases de langue, 3 amygdales, 2 thyroïdes, 3 épiglottes, 2 sinus pyriformes, 1 cavum, 1 plancher buccal, 1 larynx, 1 estomac.

Ces chiffres nous permettent de constater une certaine concordance dans les résultats, en ce sens que ce sont toujours

les mêmes tumeurs que l'on rencontre et que les plus fréquentes siègent au niveau de :

— la thyroïde, du cavum, des amygdales d'abord,

— la base de la langue, l'épiglotte, les sinus pyriformes ensuite ;

et que, d'autre part, il n'est pas rare de retrouver un point de départ sous-claviculaire : poumon, estomac par exemple.

b) *Le siège de l'adénopathie :*

— 8 fois nous la trouvons sous et rétro-angulo-maxillaire :
2 fois l'aire émettrice était l'amygdale.
2 fois l'origine se situait au niveau du cavum.
1 fois le point de départ était au niveau de la base de la langue, sinus pyriforme, épiglotte, vessie.

Si pour le cavum et l'amygdale, ce sont des localisations classiques, par contre pour les autres, les localisations sont moins habituelles, surtout pour la vessie qui colonise habituellement le gîte sus-claviculaire.

— 6 fois le gîte jugulaire moyen a été envahi par des tumeurs du cavum, de la thyroïde, du conduit auditif, du sinus pyriforme, de l'épiglotte, du poumon.

— 2 localisations sus-claviculaires, dont une est due à la thyroïde, la 2e à l'estomac.

— Enfin 3 de nos patients présentent des adénopathies bilatérales (cavum, thyroïde, estomac).

Ce dernier fait est une preuve de la richesse du réseau lymphatique cervical, de ses nombreuses anastomoses ; les formations anatomiques cervico-faciales médianes (thyroïde, cavum, langue) sont susceptibles d'orienter leur lymphe d'un côté ou de l'autre.

c) *Les circonstances de découverte :*

Dans la majorité des cas (12 fois), la tumeur originelle est découverte à l'occasion d'un examen systématique de contrôle.

Parfois on est alerté par une symptomatologie plus ou moins évocatrice :

— baisse de l'acuité auditive (cavum),
— otorragie (conduit auditif),
— nouvelle adénopathie (base de langue, sinus pyriforme).

On conçoit ainsi l'intérêt d'une surveillance systématique et régulière à l'affût de la première manifestation subjective ou objective.

d) *La variété histologique :*

Nous avons trouvé :

— 9 épithéliomas malpighiens spino-cellulaires :
  1 cavum.
  2 épiglottes.
  2 sinus pyriformes.
  2 amygdales.
  1 vessie.
  1 conduit auditif.

— 2 anaplasiques :
  1 cavum.
  1 poumon.

— 2 indifférenciés :
  1 cavum.
  1 thyroïde.

— 2 glandulaires :
  1 thyroïde.
  1 estomac.

Nous devons ajouter que dans 1 observation, nous n'avons pas retrouvé d'histologie. Par ailleurs, dans l'observation n° 16, une première biopsie ganglionnaire avait donné pour diagnostic E.O.A. malpighien typique, puis 5 ans après, la malade ayant subi un traitement radiothérapique, la cytologie est incapable de se prononcer. Seule la cytologie pleurale affirme E.O.A. glandulaire. C'est dire avec quelle prudence il faut interpréter les données histologiques.

Néanmoins nous pouvons confirmer :

— qu'il est difficile de se prononcer devant une spino-cellulaire, qui offre une vaste gamme de possibilités.

— que lorsqu'il s'agit de carcinomes anaplasiques ou indifférenciés, c'est vers le cavum, l'amygdale ou le poumon qu'il convient d'orienter le diagnostic.

— que les carcinomes glandulaires se réclament d'une origine thyroïdienne ou gastrique (nous n'avons pas eu de métastases cervicales mammaires).

e) *Le délai de découverte :*

Le temps écoulé entre la première visite et la découverte de la tumeur originelle varie entre 1 mois et 4 ans 1/2. Dans l'étude de Dargent, nous trouvons des chiffres allant de 1 mois à 3 ans ; entre 15 jours et 54 mois pour Martin et Morfit.

Nous avons trouvé au point de vue pourcentage :

— 50 % entre 1 et 6 mois,
— le reste entre 1 an et 4 ans 1/2.

Dans le premier groupe : 1 cavum, 1 épiglotte, 1 base de langue, 1 sinus pyriforme, 1 poumon, 1 estomac, 1 vessie.

Dans le deuxième groupe : 2 cavums, 2 thyroïdes, 1 conduit auditif, 2 amygdales, 1 sinus pyriforme, 1 épiglotte.

A la lumière de ces résultats, il est difficile d'avoir une opinion quant à la durée d'évolution de certains cancers, car nos résultats sont contradictoires. Ainsi un de nos cavums met un mois pour « sortir », alors que les deux autres ont attendu respectivement 1 an et 1 an 1/2. Dargent pense que les amygdales ne sont pas longues à se révéler ; les deux nôtres ne sont parvenues à maturation qu'au bout de 2 ans 1/2 et 4 ans.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons juger, une fois encore, de l'utilité de suivre régulièrement ces malades mis à l'épreuve du temps. Cependant, un grand nombre de « 198 » ne sont pas débaptisés et gardent ce chiffre énigmatique.

2° Les cas indéterminés

Ce sont ceux que nous avons rencontrés le plus fréquemment (75 observations). Il semble que nous devions ce chiffre trop élevé, ni à la faillite de nos investigations, ni à la faiblesse de nos moyens diagnostics, mais au fait que la majorité de ces malades ne peuvent bénéficier d'une survie suffisante pour permettre l'éclosion de leur tumeur primitive.

Toutefois, nous ne sommes pas absolument désarmés, dans la lutte diagnostique tout au moins. Faute d'enseignement, nous pouvons tirer des renseignements de l'étude topographique et histo-pathologique des ganglions observés.

a) *Etude topographique :*

— Le gîte jugulaire moyen justifie son titre de gîte ganglionnaire principal du cou puisque nous le trouvons envahi 37 fois, c'est-à-dire dans 41 % des cas.

— Le gîte sous et rétro-angulo-maxillaire est également le siège de fréquentes colonies néoplasiques : 30 % des cas.

— Le gîte sus-claviculaire est un carrefour ganglionnaire relativement moins utilisé : 17 % des cas.

— Le gîte sous-maxillaire est peu fréquenté : 8 % des cas.

— Le gîte parotidien plus rarement encore : 5,5 % des cas.

— Le gîte spinal exceptionnellement : 0,5 % des cas.

Ces chiffres tiennent compte, dans quelques cas, d'associations ganglionnaires jugulaire et sus-claviculaire, jugulaire et parotidienne opposée, voire jugulo-axillaire.

b) *Etude histologique :*

— Dans 31 cas, il s'agit de carcinomes épidermoïdes spinocellulaires, et nous savons que ce sont les plus anonymes des carcinomes cervicaux.

— Dans 7 cas, nous trouvons des carcinomes anaplasiques.

— Dans 5 cas, nous avons relevé des carcinomes indifférenciés.

— Dans 8 cas, les carcinomes sont d'origine glandulaire. Ce sont les plus évocateurs. Il peut s'agir en effet :

- — des glandes salivaires : 2 observations.
- — du sein (carcinome glandulaire de type cylindro-cubique) : obs. n^{os} 22, 28 et 30.
- — de la thyroïde : obs. n° 34.
- — de la parotide, du rein, du tube digestif ou de la prostate : obs. n° 31.

— Certaines coupes sont encore plus explicites :

- — carcinome anaplasique à petites cellules du poumon (obs. n° 35).
- — épithélioma séminifère (obs. n° 36).
- — épithélioma à cellules claires du rein (obs. n° 33).

Ainsi dans la majorité des cas, il est difficile de faire un diagnostic. Toutefois, il est des cas où l'histologie nous donne des arguments de valeur, et des cas où l'étude comparée de la localisation ganglionnaire et de l'histologie peut nous fournir une certaine orientation.

B. - LES MÉTASTASES GANGLIONNAIRES AXILLAIRES

1° Les cas déterminés

Sur les 5 observations présentées, 2 fois la tumeur originelle a été mise en évidence.

a) *La nature de la tumeur primitive :*

— Dans les observations n^{os} 37 et 38, nous avons trouvé un cancer de la glande mammaire.

b) *La variété histologique :*

— Une fois, l'histologie nous a donné un diagnostic précis :

- — Obs. n° 37 : métastase ganglionnaire d'un carcinome mammaire.

— Dans l'observation n° 38, l'histologie nous a seulement orienté : carcinome d'origine glandulaire.

c) *Les circonstances et le délai de découverte :*

— Les 2 carcinomes mammaires ont mis respectivement 1 an et plus de 1 an 1/2 pour se révéler. Ce sont les mammographies systématiques et répétées qui les ont découvertes.

2° **Les cas indéterminés**

Nous trouvons dans 2 observations (nos 39 et 40) des métastases d'épithélioma malpighien spino-cellulaire.

Dans la 3e, c'est un carcinome épidermoïde intermédiaire.

Dans les 3 cas, le bilan clinique et paraclinique s'avère infructueux. Toutefois, nous pouvons penser à un cancer développé sur une inclusion épidermoïde secondaire à une blessure de guerre, dans l'observation n° 39.

Nous évoquons une origine mammaire malgré des mammographies et une exploration chirurgicale sans résultat dans les observations nos 40 et 41.

C. - LES MÉTASTASES GANGLIONNAIRES INGUINALES

Plus fréquentes, semble-t-il, que les adénopathies axillaires, puisque nous en relevons 11, elles sont par contre plus mystérieuses.

Elles présentent toutefois deux caractéristiques :

1° **L'aspect clinique**

Dans 9 cas, elles se sont révélées sous la forme d'adénites aiguës ou subaiguës, avec œdème du membre correspondant et l'aspect local inflammatoire. Favre avait déjà décrit des « bubons cancéreux » de l'aine. Charlet, en 1932, avait consacré sa thèse à l'étude des adénopathies cancéreuses de l'aine simulant des adénites.

Elles se présentent donc cliniquement comme très évoluées, avec des phénomènes infectieux surajoutés ; elles sont volumineuses (14 cm sur 8 cm en moyenne), rouges, chaudes, sensibles, parfois ulcérées (3 observations), mais rarement bilatérales

2° **La variété histologique**

Dans 5 observations, la biopsie ganglionnaire a montré une indifférenciation plus ou moins prononcée :

— 3 indifférenciés.

— 1 peu différencié, pouvant faire penser à un carcinome achromique (obs. n° 43).

— 1 indéterminé, soulevant 3 hypothèses : épidermoïde, nœvo-carcinome achromique ou cancer rénal (obs. n° 47).

Dans 2 observations, il s'agissait d'épithélioma glandulaire.

Une seule fois, nous avons trouvé un carcinome épidermoïde spino-cellulaire (obs. n° 42).

En définitive, si nous mettons en parallèle les faits observés au niveau du cou, de l'aisselle et de l'aine, nous sommes en face de deux éventualités :

— Les cas déterminés,

— Les cas indéterminés.

1° Les cas déterminés

Ce sont les cas où l'épreuve du temps a permis à la tumeur primitive d'apparaître.

Cette éventualité semble peu fréquente, puisque nous recueillons 18 sur 107 observations, soit près de 17 %.

Les adénopathies axillaires sont les plus évocatrices ; les adénopathies cervicales sont par contre plus énigmatiques (16 %) ; quant aux localisations inguinales, elles sont absolument mystérieuses.

Il s'agit donc d'adénopathies prévalentes, révélatrices de néoplasmes occultes ou latents d'origine naso-pharyngée, oro-pharyngée ou thyroïdienne, au niveau du cou ; mammaire ou cutanée au niveau de l'aisselle. Les points de départ viscéraux sont plus rares.

Ce sont les examens systématiques de contrôle, guidés par les données anatomo-pathologiques, qui, souvent, parviennent à découvrir le carcinome occulte, dans des délais variables, allant de 1 mois à 4 ans.

2° Les cas indéterminés

Ce sont les plus nombreux : 83 % des cas. Mais nous n'avons pas pour eux un recul suffisant pour juger et connaître leur devenir.

Cependant, nous ne sommes pas absolument ignorants et dépourvus devant ces adénopathies métastatiques isolées, que nous distinguons :

— en probables : ce sont celles dont l'étude anatomo-pathologique apporte une orientation : 20 % des cas.

— en inconnues : ce sont celles où toutes nos investigations sont restées sans réponse.

LES DONNÉES ÉVOLUTIVES

A. - LES MÉTASTASES GANGLIONNAIRES CERVICALES

1° Les cas déterminés

Sur les 16 malades entrant dans cette catégorie :

a) 10 sont décédés : dans un délai allant de 5 ans à 6 mois, à partir du début de l'affection et de 1 an 1/2 à 1 mois après la découverte de la tumeur primitives.

b) 4 ont été perdus de vue et sans doute décédés, entre 5 et 9 mois après le début.

Parmi ces 14 malades :

10 adénopathies ont été irradiées, 1 a été évidée, 2 n'ont pas été traitées, 1 a subi un traitement médical.

5 lésions primitives ont été traitées et toutes par radiothérapie.

c) 2 malades sont encore vivants :

1 conduit auditif : dont le début remonte à 4 ans 1/2.

1 épiglotte : qui a une survie de 6 ans.

Il est remarquable de constater que :

1) Les adénopathies étaient à un stade avancé (fixées).

2) Tous les 2 sont des épithéliomas différenciés reproduisant le tissu tumoral originel : 2 spino-cellulaires.

3) Un seul (le conduit auditif) a eu un traitement uniquement radiothérapique.

L'autre a subi un traitement chirurgical radical et son observation est particulièrement instructive :

— C'est une adénopathie N2 rétro-angulo-maxillaire, dont la malignité est vérifiée histologiquement. 15 jours après son admission, il est envisagé un évidement ganglionnaire. Les suites sont bonnes et le malade est suivi régulièrement. 3 ans après, l'examen O.R.L. découvre un épithélioma de l'épiglotte et une adénopathie N1 contro-latérale. La décision thérapeutique est d'irradier la tumeur et le ganglion. Le résultat est excellent. Mais 1 an après, nouvelle localisation ganglionnaire ; l'évidement est alors pratiqué. Enfin, 3 mois plus tard, le pharynx et le larynx sont infiltrés ; une pharyngo-laryngectomie totale est décidée. Le malade a été revu il y a 3 mois bien cicatrisé et en bon état général.

2° **Les cas indéterminés**

Sur les 75 malades entrant dans cette catégorie :

52 sont décédés,
10 ont été perdus de vue,
13 sont vivants.

1) Les 52 malades décédés :

a) *Durée de survie :*

Le temps écoulé entre l'apparition du 1er symptôme et le décès varie entre 10 ans et 1 mois d'évolution.

Ils se répartissent ainsi :

— survie inférieure à 6 mois	15
— entre 6 mois et 1 an	15
— entre 1 an et 3 ans	18
— plus de 3 ans	3

Dans les 2 premières catégories, nous n'avons pas sans doute un délai suffisant de survie pour savoir si une tumeur primitive aurait eu le temps d'apparaître. En effet, nous avons vu qu'un cancer latent peut mettre 1 mois et 4 ans pour se révéler ; d'autant que si nous considérons le temps écoulé entre le 1er examen et le décès, les délais de survie sont beaucoup plus courts (de 1 à 5 mois en moyenne).

Dans la dernière catégorie, un seul a pu bénéficier de 3 ans de sursis, les 2 autres étant morts 2 et 3 mois après leur hospitalisation, leurs adénopathies étant restées quiescentes pendant de longues années.

b) *Cause du décès :*

— 3 sur 52 malades seulement sont morts d'une autre affection : une cardiopathie, une hémorragie cérébrale, une artérite.

— Les autres malades ont succombé à l'évolution de leur cancer. Il est vrai que beaucoup d'entre eux sont venus consulter et ont été traités à un stade tardif.

c) *Les adénopathies :*

Elles sont, en effet, le reflet fidèle du degré d'envahissement néoplasique. Or nous pouvons constater effectivement que 43 malades sont arrivés au traitement porteurs d'adénopathies volumineuses, souvent ulcérées, toutes fixées. Bien plus, 5 fois nous avons rencontré des envahissements bilatéraux.

Enfin, 3 malades étaient porteurs d'adénopathies médiastinales latentes.

d) *Les métastases* :

Malgré la proportion importante de sujets atteints de néo-

plasies évoluées, les métastases viscérales à distance sont une rencontre peu fréquente :

— 5 métastases pleuro-pulmonaires, pouvant être trouvées dès le 1er examen ou surgissant entre 6 et 9 mois après le traitement.

— 2 métastases sont osseuses, rachidiennes, lombaires, survenant chez un épithélioma séminifère et un carcinome indifférencié.

— 2 métastases hépatiques enfin.

e) *Les récidives :*

Lorsqu'un chirurgien enlève une adénopathie secondaire par un évidement aussi large que possible, ou quand, à plus forte raison, on irradie le gîte ganglionnaire envahi et que, par ailleurs, la tumeur primitive est traitée, on voit apparaître tout de même une récidive locale.

Or, Appaix est formel sur ce point, la présence d'une récidive locale est une exception, même après une intervention relativement limitée.

Nous avons vu apparaître à 8 reprises seulement une nouvelle adénopathie :

— 6 fois, il s'agissait d'une nouvelle localisation dont 2 ganglions contro-latéraux.

— 2 récidives locales qui n'étaient que des reprises évolutives sous traitement radiothérapique.

f) *Le traitement :*

— 33 n'ont subi, en fait, qu'une irradiation palliative dont
14 échecs locaux complets,
11 régressions incomplètes,
2 décès en cours de traitement.

— 3 ont été justiciables de l'association radiochirurgicale, mais leur délai de survie n'en a pas été plus prolongé.

— Les autres n'ont pas eu de traitement, parce qu'ils l'ont refusé ou par contre-indications (âge, état général précaire, leucopénie, etc.).

2) Les 10 malades perdus de vue :

6 ont disparu après la première consultation ; 4 ont pu être suivis pendant un certain temps qui se situe entre 1 mois et 3 ans.

3) Les malades vivants :

a) *Durée de survie :*

— 4 sont vivants depuis plus de 5 ans après l'apparition de l'adénopathie : ils peuvent être considérés comme cliniquement guéris :

— observation n° 17 ..... 10 ans
— observation n° 18 ..... 8 ans
— observation n° 28 ..... 6 ans
— observation n° 29 ..... 6 ans

— 6 bénéficient d'une survie entre 1 et 4 ans (obs. n^{os} 19, 20, 21, 22, 23, 25).

— 4 pour lesquels nous ne possédons pas un recul suffisant pour juger de leur évolution (1er signe : entre 6 et 2 mois).

b) *Les adénopathies :*

Leur aspect clinique ne semble avoir aucune signification sur le pronostic, puisque parmi les « cliniquement guéris » 2 sur 4 présentaient des adénopathies fixées.

c) *Les métastases :*

Leur absence absolue est un argument caractéristique et qui se conçoit parfaitement.

d) *Les récidives :*

Nous n'avons pas relevé de récidives vraies, mais 2 fois des localisations nouvelles. Ce fait ne semble pas porter préjudice aux malades puisque ceux-ci sont vivants 4 ans et 2 ans après.

e) *Le traitement :*

— Sur les 4 « cliniquement guéris », 1 seul (obs. n° 283) a bénéficié de l'association radio-chirurgicale, les 4 autres ont eu un traitement par irradiation pénétrante à hautes doses.

— Sur les 6 survivants depuis plus d'un an, 2 uniquement ont été irradiés (obs. n^{os} 19 et 22). Les 4 autres ont été traités par la radio-chirurgie. Une observation (n° 20) doit être mise particulièrement en évidence.

M. G... René, âgé de 47 ans, qui présente depuis 3 mois une volumineuse adénopathie jugulaire droite. Tous les bilans effectués sont absolument infructueux. Il subit alors un évidement cervical avec examen anatomo-pathologique qui confirme la malignité (carcinome anaplasique), la nature métastatique, l'absence de lésion primitive et une invasion veineuse patente. Cette intervention est suivie de télécobalthérapie post-opératoire. Les suites sont excellentes ; l'état local parfait. Les visites systématiques de contrôle le confirment jusqu'au jour où une nouvelle adénopathie, axillaire du même côté, surgit. Nouveau bilan, nouvel évidement, axillaire cette fois-ci, nouvelle confirmation histologique, nouvelle cobalthérapie post-opératoire. La dernière visite (2 ans après la dernière intervention) ne signale rien.

Enfin les 3 de la 3^{e} catégorie :

— 2 ont été traités par cobalthérapie uniquement : l'un est

en bon état local et général après 2 mois, l'autre présente une induration résiduelle après 3 mois.

— 1 a refusé le traitement (obs. n° 29) et évolue depuis 2 mois.

B. - LES MÉTASTASES GANGLIONNAIRES AXILLAIRES

1° Les cas déterminés

— Des 2 glandes mammaires, l'une a été perdue de vue, après avoir été suivie pendant plus de 3 ans ;
l'autre évolue depuis 1 an 1/2.

Du point de vue thérapeutique :

— Une seule a eu un traitement radiothérapique : celle dont l'adénopathie était fixée (obs. n° 38). Les 7.000 r reçus ont fait disparaître définitivement les adénopathies. Par contre l'irradiation de la glande mammaire a laissé une induration persistante.

— L'autre a subi une intervention chirurgicale.

Dans l'observation n° 37, une adénectomie a été pratiquée avec extemporanée ; elle a été suivie d'une rœntgenthérapie et œstrogénothérapie. 1 an 1/2 après, nouvelle adénopathie du même côté et mammographies suspectes. La malade, âgée de 67 ans, est mise aux œstrogènes. A été revue, en bonne santé, après 3 ans d'évolution.

2° Les cas indéterminés

Sur les 3 malades examinés :

— 1 a été perdu de vue après traitement ;
— 1 est vivante, mais évolue depuis plus de 3 ans ;
— 1 est guérie depuis 7 ans.

Les deux premiers ont été irradiés :

— L'un perdu de vue, avec un résultat médiocre, malgré 8.500 r.

— L'autre a vu disparaître ses adénopathies mais évolue avec un bon état général, ce malgré des métastases pulmonaires (traitées médicalement).

Le troisième a subi une biopsie-exérèse large suivie d'irradiation, laissant un nodule cicatriciel. Une seconde intervention est alors envisagée et l'on pratique une axillotomie et une mammotomie exploratrices qui s'avèrent négatives. Actuellement, la guérison est vérifiée.

C. - LES MÉTASTASES GANGLIONNAIRES INGUINALES

Sur les 11 malades observés :
— 3 seulement sont vivants ;
— 2 perdus de vue et sans doute décédés ;
— 6 décédés.

1° Les 3 malades vivants :

a) *Durée de survie :*

Le temps écoulé depuis l'apparition de l'adénopathie est respectivement de 2 ans, 10 mois et 6 mois. Donc aucun ne peut être considéré comme cliniquement guéri.

b) *Le traitement :*

Dans les 3 cas, le traitement a été uniquement une thérapeutique par les agents physiques. Les résultats locaux ont été excellents. Mais nous n'avons pas un recul suffisant pour juger et nous ne pouvons conclure sur 3 cas.

2° Les 8 malades décédés ou perdus de vue :

a) *Durée de survie :*

Le temps écoulé entre la 1re adénopathie et le décès (ou la disparition) se situe entre 6 ans et 2 mois. Mais entre ces deux extrêmes, il faut compter entre 18 et 8 mois, d'autant que l'adénopathie, vieille de 6 ans, n'était évolutive que depuis quelques mois.

Il semble donc que les « 198 » inguinaux soient particulièrement malins et de fâcheux pronostic. Cette malignité vient du fait que ces adénopathies sont très inflammatoires et dans 7 cas sur 8, elles se présentaient à un stade évolué.

b) *Le traitement :*

— 3 fois, l'intervention chirurgicale a été tentée :
  — 2 ont vu une récidive locale ;
  — 1 a eu un bon résultat local, mais une adénopathie contro-latérale est survenue.
— 5 fois, la radiothérapie a été utilisée :
  — 3 fois, elle a amené une régression locale.
  — 2 fois, l'échec a été total.

En somme, sur le plan évolutif, les métastases ganglionnaires superficielles doivent être envisagées sous deux rubriques :

1° **Les cas déterminés**

Sur les 18 malades examinés :

— 10 sont décédés.
— 5 ont été perdus de vue.
— 4 sont encore vivants.

Trois de ces derniers ont bénéficié d'une intervention chirurgicale.

Il semble donc que ni la découverte de la tumeur originelle, ni son siège, ne soient des arguments pronostiques favorables. Bien au contraire, son apparition serait le témoignage de l'évolution néoplasique. Toutefois lorsque les conditions sont favorables, la chirurgie, associée aux agents physiques, est souhaitable ; elle doit porter sur l'adénopathie et sur la tumeur primitive.

2° **Les cas indéterminés**

Sur les 89 malades :

— 58 sont décédés.
— 13 ont été perdus de vue.
— 18 sont encore vivants.

a) Les 58 décédés :

— 35 ont eu une survie inférieure à un an.
— 23 ont été suivis entre 1 an et 3 ans.

Cette malignité se reflète dans l'état ganglionnaire, puisque 50 malades étaient porteurs d'adénopathies évoluées. Par contre les métastases sont peu fréquentes (14 %) et les récidives locales sont rares.

La majorité d'entre eux a été traitée par irradiation palliative. Certains n'ont pas eu de traitement ou un traitement chirurgical, dont le résultat a été identique à celui des agents physiques.

b) Les 13 perdus de vue :

8 ont disparu après la première consultation ; les 5 autres ont été suivis pendant une durée qui se situe entre un mois et trois ans. Perte de contrôle regrettable car bien des échecs viennent de ces « rendez-vous manqués ».

c) Les 18 vivants :

— 5 peuvent être considérés comme « cliniquement guéris », parmi eux 2 seulement ont bénéficié d'un traitement radio-chirurgical.

— 8 sont survivants depuis plus de un an. 5 d'entre eux

ont traité par la radio-chirurgie. Un seul évolue avec des métastases et a subi une irradiation palliative.

— 5 dont nous ne possédons pas un recul suffisant pour juger de leur évolution et des bienfaits thérapeutiques.

En définitive, deux remarques s'imposent :

— La sévérité des métastases ganglionnaires cliniquement primitives (22 survivants seulement).

— La valeur curative de l'association radio-chirurgicale.

CONDUITE A TENIR

La conduite à tenir doit être engagée sur un double front :

— clinique et paraclinique,

— thérapeutique.

I. - LA CONDUITE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

Devant une adénopathie, cliniquement reconnue comme telle, et d'apparence primitive, qu'elle soit cervicale, axillaire ou inguinale, notre rôle est d'affirmer quatre critères :

a) Affirmer l'absence de lésion maligne antérieure ou d'ablation d'une tumeur.

b) Affirmer l'absence de symptôme propre à un appareil ou à un organe régional.

c). Affirmer l'absence de signes cliniques, biologiques et paracliniques de tumeur primitive.

d) Affirmer l'existence d'une ou plusieurs masses ganglionnaires dont la malignité et la nature métastasique est prouvée histologiquement.

— 1°) L'interrogatoire s'efforcera de répondre aux deux premiers critères.

Rien ne doit être ignoré des antécédents qu'il faut fouiller soigneusement pour obtenir le maximum d'informations. Nous devons mener une véritable enquête de détail. Enquête qui recherche les antécédents familiaux néoplasiques (ascendants et collatéraux de même sexe) et les antécédents personnels.

Tout aussi serré sera notre interrogatoire, à la recherche de symptômes, si discrets soient-ils : baisse de l'acuité auditive, otalgie, dysphagie même fugace, sensation d'obstruction nasale, céphalées tenaces, enrouement, etc...

— 2°) L'examen essaiera de répondre au troisième critère:

— Par un bilan O.R.L. méthodique, qui explorera systématiquement, après préparation si nécessaire, cavité buccale, oro-pharynx, fosses nasales, cavum, larynx, oreilles. Le spécialiste, dont le rôle est ici crucial, devra mettre toute son habileté pour déplisser un vestibule, étaler un plancher buccal, tirer

les piliers amygdaliens, exprimer les cryptes amygdaliennes, regarder un cavum, utiliser une laryngoscopie très poussée étudiant toutes les cavités laryngées qui sont les moins apparentes, relever une épiglotte, ouvrir les sinus pyriformes, faire tous les touchers voulus, enfin palper un corps thyroïde.

— Ensuite seront soigneusement inspectés les téguments de la face, du cuir chevelu, de la nuque et plus particulièrement les endroits cachés : conduit auditif, peau rétro-auriculaire, vestibule narinaire.

— Un examen clinique complet poursuivra ses investigations, par la palpation de tous les territoires ganglionnaires superficiels, par l'inspection soigneuse de toute la peau et particulièrement les régions cachées, par une palpation des seins chez l'homme comme chez la femme. Par ailleurs, nous ne saurions négliger un bilan pulmonaire complet (cliché standard, examen de crachats). Puis seront passés en revue, foie, rate, fosses lombaires, abdomen. Enfin, chez l'homme un toucher rectal, chez la femme un bilan gynécologique (speculum, colposcopie, toucher, cytologie) sont de rigueur.

Bref, il faut ne rien ignorer, en s'aidant si besoin d'examens paracliniques.

— Le bilan paraclinique ne doit pas aller au-delà des examens de routine. En effet, le malade ne suit pas toujours nos démarches et il se montrera réticent devant une débauche d'explorations. Toutefois, nous n'hésiterons pas, devant un indice, même discret, à pousser plus en avant notre dépistage. La présence d'une adénopathie axillaire impose des mammographies ; une bronchoscopie sera précieuse si nous sommes orientés sur une tumeur broncho-pulmonaire.

Dargent, Papillon et Mouriquand ont étudié la cytologie de la cavité bucco-pharyngée et l'ont appliquée au diagnostic des tumeurs apparemment primitives du cou. Le prélèvement est aisé, pouvant se faire en de multiples zones ; quant aux résultats, ils sont relativement fidèles.

— Tous ces examens pourront être éventuellement répétés, comparés, au cours d'une surveillance systématique post-thérapeutique. Contrôle mensuel, puis trimestriel, sur lequel nous mettons une fois de plus l'accent, et dont l'exécution doit être rigoureuse. Attente patiente, qui seule nous permettra de saisir, à plus ou moins longue échéance, le siège du cancer initial.

— 3° L'examen histologique est essentiel pour répondre au quatrième critère.

Le cyto-diagnostic à l'aiguille fine peut être utilisé. La ponction est toujours acceptée facilement par le malade, et un cytologiste entraîné peut fournir une réponse en quelques

minutes. Mais nous avons déjà vu quelles étaient ses faiblesses : l'adénogramme ne donne qu'exceptionnellement un diagnostic précis, tout au plus peut-il donner une orientation. C'est dans ce but qu'il faut l'utiliser.

La biopsie viendra confirmer ou compléter le diagnostic anatomo-histologique. Des critiques lui ont été faites ; en fait, le plus grand danger serait de s'en abstenir. Cependant, il est indiqué parfois de la différer (infection, œdème, ulcération importante). En fait, dans les cas de métastases ganglionnaires superficielles cliniquement primitives, elle doit être généreuse, car elle peut devenir un geste thérapeutique.

II. - LA CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

a) Les méthodes

Nous avons à notre disposition :

— les agents physiques,
— la chirurgie.

1° La radiothérapie :

Après les tentatives de curiethérapie de surface, de rœntgen-thérapie conventionnelle, on utilise aujourd'hui la cobalto-thérapie, qui permet une irradiation pénétrante, à hautes doses. Les essais avec les isotopes radio-actifs locaux n'en sont qu'à leur début.

Les doses utilisées sont variables avec l'état local et cutané :

— sur une peau n'ayant jamais été irradiée, les doses quotidiennes sont de l'ordre de 250 à 300 r, pour arriver à un total de 6 à 8.000 r.

— sur une peau précédemment irraadiée, mais sans lésion, les doses quotidiennes seront de 250 à 300 r et on pourra pousser jusqu'à un total de 5 à 6.000 r.

— sur une peau en mauvais état, déjà irradiée, les doses quotidiennes seront de 2 à 300 r pour un total de 4 à 5.000 r.

2° La chirurgie :

a) *Les interventions exploratrices :*

— la cervicotomie exploratrice, dont le but est de faire le bilan d'un état ganglionnaire. Elle nécessite une exposition telle qu'aucun sacrifice excessif ne soit fait avant un résultat positif, c'est-à-dire une exposition large, réglée d'un ou plusieurs gîtes ganglionnaires. L'exploration sera complétée par le contrôle histo-pathologique extemporané per-opératoire.

— l'axillotomie exploratrice repose sur le même principe.

— le même geste explorateur peut être aussi fait au niveau de l'aine.

b) *Les évidements ganglionnaires :*

Ce sont des dissections radicales, de nécessité, dont le but est d'obtenir l'ablation réglée d'un ensemble lymphatique, tout en sachant, du point de vue anatomopathologique, qu'il est bon d'enlever dans la pièce le relais suivant le dernier relais reconnu envahi.

— Au niveau du cou :

— l'évidement conventionnel qui enlève les différents gîtes pouvant être réduit à quelques gîtes ou au contraire élargi aux gîtes opposés.

— les monoblocs qui emportent en une seule pièce et un seul temps le cancer initial découvert, les lymphatiques intermédiaires et les gîtes cervicaux (monobloc praryngo-laryngé, monobloc cervico-thyroïdien).

— Au niveau de l'aisselle :

— l'évidement axillaire consiste en une dissection large du creux axillaire, avec exérèse en bloc des tissus entourant les vaisseaux mammaires externes et le contenu du creux axillaire, constitué de tissu cellulo-adipeux, de lymphatiques et ganglions lymphatiques, il respecte les vaisseaux axillaires et les vaisseaux et nerfs du grand dorsal.

— Au niveau de l'aine :

— la majorité des auteurs utilise l'incision de Fruchaud Ducuing qui offre une cure radicale. L'évidement consiste en une extirpation de la masse néoplasique après dissection de l'oblique et de l'arcade crurale, libération des plans musculaires, ligature des vaisseaux honteux et de la saphène. Enfin, nous savons que la résection, parfois utile, de la veine fémorale, n'a pas de conséquences fâcheuses (J. Paoli).

b) Les indications

La présence d'une métastase ganglionnaire d'une tumeur, dont nous ignorons le siège et l'existence, ne doit pas nous faire reculer et ne constitue pas un empêchement à une thérapeutique. « Le cancer ne se présente pas sous des aspects habituels. Il ne joue pas le jeu selon les règles classiques. A nous de lui répondre, pour être de bons adversaires, en étant agressif sur le terrain de son émergence. »

Nous sommes donc tenus d'engager le traitement de la métastase avant même de connaître le cancer original et cette attitude à l'envers ne doit pas être un obstacle aux principes thérapeutiques de la cancérologie. Tout se passe comme si le cancer initial n'existait pas, ou encore comme s'il était jugé

curable. Nous en serions quittes, en cas d'émergence, pour le considérer comme un cancer banal et le traiter selon nos habitudes ; les indications thérapeutiques seraient celles de toute tumeur adénogène en général.

Que l'adénopathie soit cervicale, axillaire, ou inguinale, les indications sont fonctions de sa forme anatomo-clinique (en dehors des contre-indications générales ou évolutives).

1° formes inopérables, en raison de leur extension en surface ou de leurs solidarités profondes, seront l'objet de vastes biopsies à ciel ouvert, pratiquées à travers de généreuses incisions. La richesse du prélèvement évitera tout faux négatif. Le traitement ultérieur sera fonction du diagnostic histologique ; si la métastase ganglionnaire se confirme, une irradiation palliative en haute énergie sera engagée. Exceptionnellement, une chirurgie secondaire tardive peut se discuter.

2° Formes manifestement opérables seront emportés par évidement typique, élargi ou non, le plus souvent le malade sera ensuite confié aux radiothérapeutes pour une irradiation post-opératoire. Pour Catania, cette attitude doit être systématiquement adoptée car, dit-il, on a de meilleurs résultats à distance. Retenons en outre qu'elle peut être efficace non seulement sur le champ opératoire, mais aussi sur une éventuelle lésion primitive dans le voisinage ou dans le champ d'irradiation.

3° Formes d'opérabilité douteuse : seront vérifiées par l'exploration chirurgicale avec extemporanée (cervicotomie exploratrice) qui décidera si une tumeur « enclavée » est reconnue opérable ou non.

Elle fournira également le maximum d'informations histologiques et confirmera ou infirmera le diagnostic, que ne permet pas toujours d'établir avec certitude le cyto-diagnostic ou la biopsie, dont nous reconnaissons, en l'occurrence, la timidité (prélèvement minime et données topographiques insuffisantes). Diagnostic et traitement se confondent.

Enfin, et particulièrement dans la région cervicale, l'exploration chirurgicale peut parfois faire plus qu'apporter la preuve de la métastase, elle peut découvrir le cancer originel latent. Un monobloc emporte alors la tumeur primitive occulte et sa métastase prévalente.

Cette attitude peut paraître agressive, mais devant la sévérité de la situation et la menace ganglionnaire, la chirurgie reste encore notre meilleure méthode curative.

Il faut savoir reconnaître, toutefois, les mérites de la radiothérapie. Dans l'abstention chirurgicale, elle est le traitement de la dernière chance. Ses buts sont modestes, mais elle parvient parfois à stériliser certaines unités ganglionnaires. Dans l'action chirurgicale, elle est le complément indispensable.

CONCLUSIONS

L'intérêt de cette étude est essentiellement pratique : quelle doit être notre attitude à l'égard des métastases ganglionnaires dont nous ignorons l'origine ?

De nos jours, les controverses apaisées, l'existence des métastases ganglionnaires cliniquement primitives est admise et l'accord semble être fait sur les moyens diagnostiques et l'arsenal thérapeutique à utiliser.

La conduite à tenir doit donc être doublement menée :

1° Sur le plan clinique

1° Notre but est d'orienter nos investigations dans la découverte du carcinome initial. Efforts diagnostiques qui nous permettent, dans une certaine mesure, de réduire le champ des invasions occultes méconnues, ce qui diminue d'autant notre contingent de « 198 ».

2° Néanmoins, il persiste un nombre d'adénopathies métastatiques, cervicales, axillaires et inguinales, dont la fréquence nous semble de l'ordre de 2 %, pour lesquelles nos recherches sont demeurées infructueuses.

Elles répondent à quatre critères :

1) Absence de lésion maligne antérieure ou d'ablation d'une tumeur.

2) Absence de signe propre à un appareil ou à un organe régional.

3) Absence de signe clinique, biologique et paraclinique de tumeur primitive, avec toutes les réserves à faire concernant les investigations pratiquées.

4) Existence d'une ou plusieurs masses ganglionnaires dont la malignité et la nature métastatique est précisée histologiquement.

3° Nous nous trouvons en fait devant deux éventualités :

1) *Les cas déterminés :*

Ce sont ceux où l'épreuve du temps a permis à la tumeur primitive d'apparaître.

— Les adénopathies axillaires sont les plus évocatrices, car l'origine en est presque toujours mammaire, parfois cutanée.

— Les adénopathies cervicales offrent une plus grande gamme de possibilités. Elle sont révélatrices de néoplasmes occultes ou latents d'origine naso et oro-pharyngée ou thyroïdienne.

— Les adénopathies inguinales sont souvent mystérieuses : mais elles peuvent révéler des cancers génito-rectaux ou cutanés.

— Ces gîtes ganglionnaires sont, par ailleurs, accessibles à des tumeurs malignes, capables d'essaimer loin de leur point de départ.

Ce sont les examens systématiques de contrôle, guidés par les données histologiques, qui souvent parviennent à découvrir le carcinome occulte dans des délais variant entre un mois et quatre ans.

2) *Les cas indéterminés :*

Ce sont ceux qui ont résisté à nos investigations.

— Certains d'entre eux ne bénéficient pas d'une survie suffisante pour permettre l'éclosion de la tumeur primitive et pour entreprendre sa recherche.

— Les autres, si la vérification histologique n'a pas donné l'orientation diagnostique espérée, resteront indéterminés, dans la mesure où l'épreuve du temps ne viendra pas apporter la preuve du contraire.

2° Sur le plan thérapeutique

Il se dégage de notre étude que, chez les malades porteurs d'une lésoin primitive, ni la découverte de celle-ci, ni son siège ne sont des arguments pronostiques favorables. Bien au contraire, son apparition serait le témoignage de l'évolution néoplasique.

Nos résultats sont tout aussi sévères, chez les malades dont la tumeur primitive reste introuvable ; mais dans la mesure où nous avons un recul suffisant d'appréciation, il semble que l'association radio-chirurgicale offre les meilleures chances de survie.

Dans les deux cas, nous sommes tenus d'engager le traitement de la métastase avant même de connaître le cancer originel. Cette attitude à l'envers ne doit pas être un obstacle aux principes de la cancérologie.

L'état ganglionnaire guidera la conduite thérapeutique :

— forme inopérable : vaste biopsie à ciel ouvert, avec prélèvement généreux, extemporanée, fermeture et irradiation.

— forme opérable : chirurgie d'emblée, avec extemporanée, suivie systématiquement d'irradiation post-opératoire.

— forme d'opérabilité douteuse : exploration chirurgicale, avec extemporanée, qui jugera de l'opérabilité de la tumeur,
qui donnera la variété histologique,
qui pourra déceler parfois le cancer initial.

Une collaboration étroite entre chirurgien, radio-thérapeute et histo-pathologiste est nécessaire à la réalisation de cette entreprise où diagnostic et traitement se confondent.

Enfin, nous soulignons la nécessité d'une surveillance systématique mensuelle, à l'affût de la première manifestation subjective ou objective, qui seule nous permettra de saisir, à plus ou moins brève échéance, l'éclosion du cancer initial et d'apprécier l'efficacité thérapeutique.

Lu et approuvé,
Le Président du Jury :
Professeur LAVAL.

Vu et approuvé,
Le Doyen :
G. MORIN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
AIX, le Novembre 1962.
Le Recteur : J. BLACHE.

BIBLIOGRAPHIE

AQUATI. — Le metastase ascillare come prima manifestazione del carcinome della mamella. Contributo del carcinome occulto mammario. *Arch. Ital. Patol. e Clin. dei Tumori,* Modena, 1958, 2, n° 3-4, pp. 345-372.

APPAIX, BONNEAU, CARREGA, COLONNA D'ISTRIA, GRINDA, SPITALIER. — Table Ronde sur les métastases ganglionnaires apparemment primitives du cou. *Sud Médical et Chirurgical,* 2469, 30 juin 1961, pp. 9338-9357.

ASSAN. — Métastases ganglionnaires de cancers latents. *Thèse,* Alger, 1931.

BATTISTA. — Contributo clinico ed isto-patologico allo studio dei tumori branchiogeni. *Gazz. Internazionale Med. e Chir.,* Naples, 1930, 38, n° 17, pp. 565-573.

BLADY. — The traitement of metastatic in cervical lymph nodes. *J. Inernat.* Coll. Surgeon, 1948, 11, pp. 253-264.

BRUNNER. — Die Bedentung as Ductus thoracius as metastasierungsweg abdominaler. *Geschwülste Schwerzer Med. Wschr.,* Bâle, 1960, 90, n° 21, pp. 554-561.

BOSSI. — Los tumores de origen branquial de conformidad con la patogenia en uso. *Semana medica,* Buenos-Ayres, 1934, 41, n° 2.996, pp. 827-831.

CATANIA V.C. — Le metastase linfoghiandolare periferiche come primo sintomo dei tumori maligni. *Tumori,* Milan, 1954, 40, n° 4, pp. 403-409.

CATANIA V.C. — Trettamento delle metastase linfoghiandolare periferiche nei tumori e seda prima ignota. *Tumori,* Milan, 1954, 40, n° 6, pp. 677-685.

CHARLET. — Adénopathies cancéreuses de l'aine simulant les adénites subaiguës. *Thèse,* Lyon, 1932.

CHERIDJIAN et SICLOUNOFF. — Adénopathie cervicale donnant lieu de poser le diagnostic de tumeur primitive du sinus pyriforme. Autopsie révélant un carcinome primitif de la prostate. *Ann. Oto-Lar.,* 1937, n° 12, p. 1124.

CHEVASSU. — A propos des branchiomes du cou. *Bull. Mém. Soc. nation. Chir.,* 60, n° 14, pp. 602-611.

COLLET. — Adénopathies cancéreuses du ganglion de Poirier. *Ann. Oto-Lar.,* Paris, 1935, n° 2, pp. 148-150.

COMESS, BEAHRS and DOCKERTY. — Cervical metastasis from occult carcinoma. *S.G.O.,* 1947, 104-105, 607-618.

CONDAMIN. — Branchiome malin. *Lyon Médical,* 1926, n° 25, p. 732.

CRILE and KEARN. — Branchial carcinoma lateral cervical neoplasm. *S.G.O.,* 1935, n° 3, pp. 703-710.

DAO-DUC-HOANH et NGUYEN-HOA-LY. — Tumeurs malignes de l'ovaire avec métastase sus-claviculaire gauche. *Ann. Inst. Cancer Viet-Nam,* Saïgon, 1959, pp. 145-157.

DARGENT M. — Le problème des tumeurs papillaires des glandes thyroïdes aberrantes. *Bull. Cancer,* 45, 41, 2, pp. 285-295, 1954.

DARGENT M. et BLANCHET. — Contribution au diagnostic et au traitement des tumeurs apparemment primitives du cou. *Bull. Cancer,* 1947, 1, 18.

DARGENT, PAPILLON et MOURIQUAND. — Quelques applications intéressantes de l'examen cytologique de la cavité buccale et pharyngée. *Bull. Cancer,* 1955, 42, 2, 215-229.

DELARUE J. — Le problème biologique du cancer. - Masson, 1947.

DENOIX P.-F. — Les cancers humains. - Hachette, Paris, 1959.

DENOIX P.-F. — De la diversité de certains cancers. *Inst. Nation. d'Hygiène,* Paris, 1954.

DENOIX P.-F. — A propos de l'envahissement lymphatique dans les cancers de la langue et du sein. *Bull. Cancer,* 1955, 42, pp. 205-214.

DONAT. — Bemerkungen zum histologichem Ban sogenamter branchiogener carcinome. *Zeitschr. f. Krebsforsch,* Berlin, 1941, 52, n° 2, pp. 124-143.

Driessens. — Etude sur la diffusion métastatique des tumeurs malignes. *Cancérologie,* 1953, 1, pp. 92-97.
Duany-Rivero. — Endothelioma of the lymph nodes of the inguinal region. *Am. Journ. of Cancer,* New York, 1932, 16, n° 3, pp. 660-665.
Ducuing J. — Précis de cancérologie. - Masson, 1932.
Ducuing J. — Ce que tout praticien doit savoir des adénopathies cancéreuses. *Bull. Méd.,* Anjou et Maine, 1936, 25, 3-12.
Ducuing J. — Ne portons plus le diagnostic de branchiome malin. *Presse Médicale,* 1946, 63, 851.
Ducuing J. et L. — Les adénopathies cancéreuses du cou, dites primitives, sont presque toujours secondaires à des cancers cachés.
Ennuyer. — A propos des tumeurs apparemment primitives du cou. *Bull. Ass. Fr. du Cancer,* Paris, 1944-1945, 32, n° 3, pp. 95-105.
Ewing. — Neoplastic diseases. - Saunders, 1940.
Favre. — Le bubon cancéreux de l'aine. *J. de Méd. de Lyon,* 1935, n° 369, pp. 325-327.
Fried. — Sterno-clavicular branchiome. *Am. J. of Cancer,* New York, 1935, 25, n° 4, pp. 738-757.
Galli. — Carcinomi branchiogeni nel sesso femminile. *Minerva Medica,* Turin, 1929, 1, n° 7, p. 243.
Gaudrecheau, Bacon et Tardiveau. — A propos de la radiothérapie des adénopathies cervicales malignes d'allure primitive. *Bull. Mem. Soc. Electrorad. méd. de France,* 1939, 27, 258.
Goutas. — Branchiome de la parotide droite chez une jeune femme. *Ann. Oto-Lar.,* 1937, n° 7, pp. 677-685.
Graham. — Antibodies elicites by cancer in patients. *Cancer,* 1955, 8, pp. 409-416.
Grumbellot, Busser et Delraut. — Epithélioma latent du rein révélé par une métastase ganglionnaire sus-claviculaire. *Ann. Anat. Path. et Anat. méd. clin.,* 1938, 15, n° 3, pp. 327-329.
Howet. — A propos des tumeurs épidermoïdes malignes profondes du cou à point de départ inconnu. *Acta Chir. Belg.,* 1951, 50, pp. 256-280.
Hudson. — The soccalled branchiogenetic carcinoma : its occupationnal incidence and origin. *Brit. Journ. Surg.,* Bristol, 1926, 14, n° 54, pp. 280-294.
Huguenin. — Vérités premières sur le cancer. - Masson, 1946.
Imbert L. — Cancérologie clinique et pratique. - Masson, 1943.
Kime. — Malignant epithelioma of the neck. *Arch. Phys. Ther.,* Chicago, 1934, 15, n° 6, pp. 339-342.
King et De Pemberton. — Soccalled lateral aberrant thyroïde tumore. *S.G.O.,* 1942, 74, pp. 991-1001.
Kitagawa. — On a method of X ray traetement for carcinoma metastasis in cervical lymph nodes. *Gann,* Tokio, 1958, 49, n° 1, pp. 9-17.
Laborde S. — Le problème du cancer. - Doin, 1951.
Lacour J. et F, Parigot. — Présence dans le sérum d'anticorps à leur propre tumeur. *Bull. Cancer,* 1958, 45, n° 1, pp. 454-459.
Martin and Morfit. — Cervical lymph nodes metastasis as the first symptom of cancer. *S.G.O.,* New York, 1944, 78, pp. 133-159.
Masson R. — Tumeurs humaines. - Maloine, 1956.
Mayo and Lee. — Significance of tumors of the neck. *J. Lancet,* 1950, 70, pp. 420-428.
Mignon. — Tumeurs rares du cou. *Roentgenpraxis,* Berlin, 1930, 2, n° 19, pp. 899-900.
Moiroud F. et Bonneau H. — Ablation d'une métastase ganglionnaire cervicale : 12 ans après : absence de récidive et recherche infructueuse d'une lésion primitive. *Presse Médicale,* 1955, 63, 71, 1463.
Mondor. — A propos des branchiomes du cou. *Bull. Mém. Soc. Nation. Chir.,* 60, n° 18, p. 744.
Moure. — A propos des tumeurs primitives de l'aisselle. *Mém. Acad. Chir.,* 1951, 77, n° 14, p. 448.
Navarro. — Extirpation des branchiomes. *Clin. Chir. de Montévidéo.* Masson, 1927.
Oberling Ch. — Le cancer. - Gallimard, 1954.

OLIVER. — Malignant epithelial tumors of the neck, carcinoma of branchiogenic origin. *Am. Jour. of Cancer*, New York, 1935, 23, n° 1, pp. 16-44.
PAILLAS J.-E. et LAVAL P. — Les formes métastatiques prévalentes du cancer du poumon. *Sud Médical et Chirurgical.*
PAOLI J. — Note sur le traitement chirurgical des adénopathies malignes de la région inguinale. *Bull. Mém. Soc. Chir. de Marseille*, 1933, 7, n° 1, pp. 45-47.
PATEL et SASSARD. — Sur un cas de branchiome malin sous-maxillaire. *Lyon Chirurgical*, 1930, 145, n° 13, pp. 412-414.
PEROUMOVA. — Zlocatchestrennyé opoukholi bokovykh oblastei chei. *Vestnik Khirouguii*, Leningrad, 1939, 57, n° 1, pp. 63-77.
PETIT G. — Sur l'épithélioma branchinal. *Rev. Path. Comparée et Hygiène Générale*, Paris, 1932, 32, n° 435, pp. 1554-1555.
PIAGET. — Adénopathies cervicales d'apparence primitive. *Gazette Médicale de France*, 1955, 62, pp. 1653-1654.
PIZON. — Adénopathies cancéreuses superficielles d'origine inconnue. *Presse Médicale*, 1955, 63, n° 24, p. 505.
POLLOSSON. — Adénopathies et cancer. *Lyon Chir.*, 1929, 26, n° 4, pp. 572-576.
PRITCHARD. — Tumor of right side of the neck. *Proceed. Roy. Soc. of Med.*, Londres, 1928, 22, n° 2, pp. 130-132.
RAVER. — Cancer. - Butterworth, Londres, 1957.
REDON H. — Les tumeurs malignes primitives du cou. *Semaine des Hôpitaux*, 1950, 26, 86, pp. 176-482.
REDON H. — Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques. *Presse Médicale*, 1960, 68, n° 18, pp. 689-690.
REDON H. et LACOUR J. — Etude des tumeurs apparemment primitives de la région carotidienne. *Bull. Cancer*, 1953, 40, pp. 4-21.
REGAUD et BARSON. — Anatomie pathologique du système lymphatique. - Masson, 1897.
ROBSON and DICKLEY. — Spontaneous regression of malignant tumors. *Am. Journ. Surg.*, 1956, 92, pp. 162-171.
ROCHLIN and ENTERLINE. — Prescalene lymph nodes biopsies. A report of 141 cases. *Am. Journ. Surg.*, New York, 1958, 96, pp. 372-378.
ROUSSY G. — Le cancer. - Masson, 1922.
ROUVIERE H. — Anatomie des lymphatiques de l'homme. - Masson, 1932.
SACHS. — The immunogenetic properties of tumors cells. *Acta* 1960, 16, n° 1. pp. 21-27.
SALZTEIN. — Diagnosis of tumors of the neck. Special reference to anatomic location. *Am. Journ. Surg.*, New York, 1955, 89, pp. 937-954.
SANDLER and FREUND. — Exfoliatrice cytology applied to the detection and treatment of head and neck cancer. *Surgery*, Saint-Louis, 1959, 46, n° 3, pp. 479-485.
SEELENTAG et LUPP. — Klinischer Beitrag zum sog Branchiogenen karcinom. *Strahlentherapie*, Munich, 1954, 95, n° 4, pp. 556-573.
SELIG. — The metastasis of melanome to the groin four years before the apparence of the primary lesion on the heel. *Am. Journ. of Cancer*, New York, 1934, 20, n° 3, pp. 594-596.
SMETS, DELORME et DOR. — Les soi-disant tumeurs de la thyroïde aberrante latéro-cervicale. *Acta Chir. Belg.*, 1957, 56, pp. 331-351.
SPITALIER J.-M. et COLONNA D'ISTRIA J. — La chirurgie des métastases ganglionnaires cervicales. - Masson, 1961.
TRUFFERT. — Trois observations de branchiomes du cou. *Bull. Mém. Soc. Nation. Chir.*, 60, n° 14, pp. 602-611.
TURPIN. — Traitement des cancers. - Doin, 1960. Bibliothèque de Thérapeutique Médicale.
VEYOR, EISENBETH et GRECO. — A propos de l'envahissement métastatique du creux sus-claviculaire au cours des cancers de l'abdomen. *Bull. Alg. Cancérologie*, Alger, 1950, 3, n° 7, pp. 232-234.
WIEBERDINK. — Primaire Halscarcinomen *Nederl. Tidjdschr. Geneesk*, Amsterdam, 1946, 90, n° 34, pp. 1034-1035.
WILLIS. — The spread of tumors in the human body. - Londres, 1948.
WORENCROFT, FOOTE end FRARELLI. — Occult cancer of the thyroïd, their bearing on the concept of the lateral aberrant thyroïd cancer. *Cancer*, New York, 1948, 1, pp. 574-583.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.